

Supplément

Rapport final sur les résultats de la Conférence nationale de concertation sur les maladies évitables par la vaccination au Canada

Du 12 au 14 juin 2005, Québec (Québec)

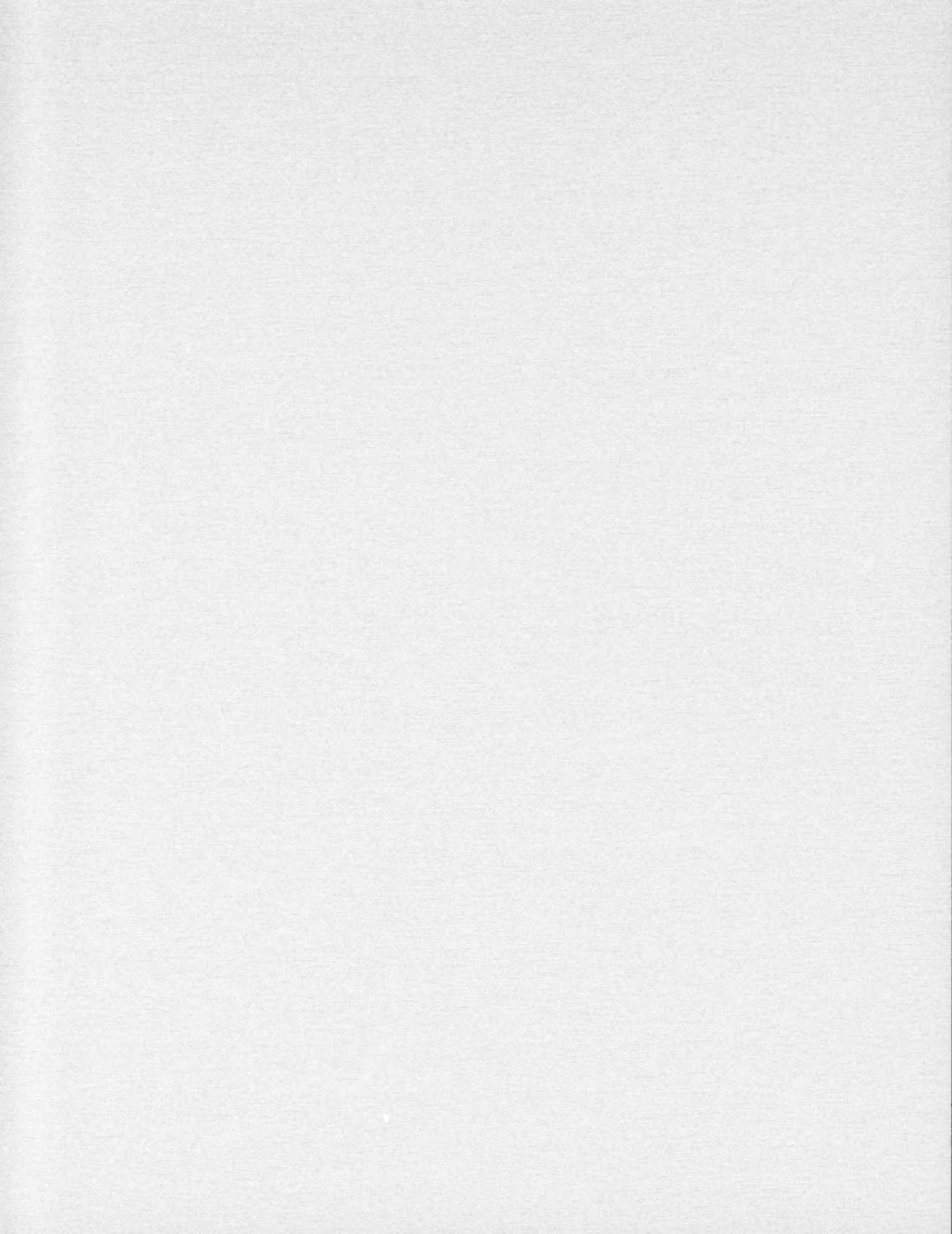
Citation suggérée : Agence de la santé publique du Canada. *Rapport final sur les résultats de la conférence nationale de concertation sur les maladies évitables par la vaccination.* RMTC 2007;33S3:1-64.

On peut aussi avoir accès électroniquement à cette publication par Internet en utilisant un explorateur Web, à <http://www.phac-aspc.gc.ca/pphb-dg-spsp/publicat/ccdr-rmtc>

Supplément

Rapport final sur les résultats de la Conférence nationale de concertation sur les maladies évitables par la vaccination au Canada

Du 12 au 14 juin 2005, Québec (Québec)



Remerciements

Nous souhaitons remercier les experts nationaux et internationaux et les spécialistes du programme qui ont participé à la conférence de concertation, les coprésidents de la conférence, les membres du comité de planification, toutes les personnes qui ont donné de leur temps pour faire en sorte que les données présentées dans les guides de discussion soient les plus pertinentes et les plus à jour possible, ainsi que le personnel de la Division de l'immunisation et des infections respiratoires de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) grâce à vous, la conférence a été une réussite.

Préambule

Depuis son lancement en 2003, la Stratégie nationale d'immunisation (SNI) défend une approche cohésive en faveur de la planification de programmes d'immunisation au Canada et contribue à faire inscrire les questions connexes en tête des priorités des responsables de la santé publique au Canada. Le Comité canadien sur l'immunisation (CCI), dans le cadre du Réseau pancanadien de santé publique, est responsable de superviser sa mise en œuvre. Le budget fédéral de 2003 a prévu 45\$ millions sur 5 ans pour que la Stratégie nationale d'immunisation se poursuive.

Pour favoriser davantage la mise en œuvre de la SNI, le gouvernement fédéral a accordé aux provinces et aux territoires 300\$ millions sur 3 ans afin de favoriser l'implantation de quatre vaccins récemment recommandés pour les enfants et les adolescents. Après l'annonce des fonds obtenus en 2004, un nombre important de provinces et de territoires ont lancé des programmes de vaccination financés par les fonds publics, ce qui a permis au Canada de progresser vers l'harmonisation des programmes d'immunisation partout au pays.

Une composante clé de la SNI est l'établissement de buts nationaux pour toutes les maladies évitables par la vaccination (MEV) et leur recommandation par tous les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux (FPT), au besoin. L'objectif visé en ayant des buts nationaux pour les programmes d'immunisation est de réduire toutes les MEV, d'améliorer la couverture vaccinale, de mesurer les progrès réalisés et d'évaluer les programmes. L'endossement officiel FPT des buts nationaux concernant les MEV est un processus complexe en raison des priorités et des niveaux de financement des programmes de vaccination variables d'une province ou

d'un territoire à l'autre. Actuellement, l'objectif d'éliminer la rougeole d'ici 2005 est le seul but national officiel approuvé par le Conseil FPT des sous ministres de la Santé (1995).

En 2005, la Conférence nationale de concertation sur les maladies évitables par la vaccination (CNC MEV) s'est tenue à Québec. L'objectif de cette conférence était d'examiner et d'évaluer où en étaient les buts existants en matière de réduction des maladies et les cibles de couverture vaccinale pour six MEV choisies, en vue d'atteindre un consensus sur les recommandations et d'établir les exigences essentielles pour faciliter l'adoption et la mise en œuvre à l'échelle nationale de ces recommandations. Les recommandations et les buts nationaux de 2005 ont été approuvés, et il a été reconnu que les provinces et les territoires auraient besoin de fixer leurs propres objectifs de programme.

Le CCI a examiné les recommandations et les buts nationaux de 2005, les a approuvés pour publication et a fait parvenir le but d'éliminer les cas de transmission indigène de la rubéole et du syndrome de rubéole congénital (SRC) du Canada d'ici 2010 au Réseau pancanadien de santé publique pour qu'il l'endosse à l'échelle nationale. Le CCI croit que les recommandations issues de la conférence établissent une vision nationale de même qu'une norme à l'échelle des provinces et des territoires vers laquelle tendre. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS), en collaboration avec les Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), a élaboré des lignes directrices semblables concernant la couverture vaccinale, résumées dans le document intitulé *Global Immunization Vision and Strategy* (2006-2015)⁽¹⁾. Ce document présente les buts que les pays devraient cibler, mais ils ne sont pas

exécutoires. Les recommandations et les buts nationaux constituent également un instrument de mesure permettant d'évaluer les progrès futurs des programmes d'immunisation. Ils feront l'objet d'une réévaluation en 2010.

Le CCI a recommandé que toutes les instances évaluent la pertinence des recommandations et des buts nationaux de 2005 en fonction de leur capacité et de leurs priorités. Les réponses des provinces et des territoires ont été examinées pour évaluer la faisabilité, le caractère mesurable et la priorité de chaque recommandation et de chaque but pour avoir le point de vue des provinces et des territoires pour ce qui est de leurs répercussions sur la prestation des programmes de vaccination. Plusieurs limites sont ressorties, parmi lesquelles les données de surveillance inadaptées et l'absence de ressources disponibles pour créer de nouveaux outils et de nouveaux systèmes de surveillance. Les répondants ont également suggéré de modifier les cibles recommandées pour ce qui est des dates et des taux, car ils les ont considérés comme irréalistes. Les limites qu'ont relevées chaque province et chaque territoire influeront sur leur capacité de

mettre en œuvre pleinement les recommandations et les buts nationaux de 2005. Par conséquent, ils ne pourront servir que de lignes directrices pour aider les provinces et les territoires qui s'en serviront de la façon la plus appropriée.

En dépit de ces restrictions, il existe des avantages à adopter les recommandations nationales de 2005 à l'échelle des instances provinciales et territoriales. Comme ils s'inspirent de la vision nationale, leurs programmes d'immunisation s'amélioreront invariablement, ce qui se traduira par une couverture accrue, et ces améliorations pourront être utilisées pour justifier les fonds supplémentaires accordés aux programmes d'immunisation, ce qui confirmera que les recommandations et les buts nationaux constituent une méthode de responsabilisation pour les instances.

Le processus mis en œuvre pour la conférence de concertation de 2005 servira à organiser les futures conférences prévues pour réexaminer, élaborer et mettre à jour des recommandations de buts nationaux pour ce qui est de la couverture vaccinale et de la réduction de toutes les maladies évitables par la vaccination.

Drs Theresa Tam et Greg Hammond
Coprésidents du Comité canadien sur l'immunisation
Avril 2006

Table des matières

Sommaire	1
Introduction	3
Déroulement de la conférence	5
Résumé sur les maladies	7
Rubéole	7
Contexte	7
Discussion	8
Buts et recommandations	9
Vote	10
Varicelle	11
Contexte	11
Discussion	13
Buts et recommandations	14
Vote	17
Infections invasives à pneumocoque	19
Contexte	19
Discussion	21
Buts et recommandations	21
Vote	24
Infections invasives à méningocoque	26
Contexte	26
Discussion	27
Buts et recommandations	29
Vote	31
Influenza	33
Contexte	33
Buts et recommandations	35
Vote	38
Coqueluche	40
Contexte	40
Discussion	42
Buts et recommandations	43
Vote	45
Résumé de l'évaluation	47
Annexes	
Annexe A : Abréviations	50
Annexe B : Guides de discussion pour les groupes de travail	52

Sommaire

La Conférence nationale de concertation sur les maladies évitables par la vaccination (CNC MEV), qui s'est déroulée à Québec du 12 au 14 juin 2005, était la première d'une série de conférences de concertation qui permettra d'examiner les buts de réduction des maladies et les cibles de couverture vaccinale pour toutes les MEV. La Stratégie nationale d'immunisation (SNI) a fait ressortir que le fait d'établir des objectifs et des buts nationaux pour les programmes de vaccination constituait un de ses éléments clés. La SNI a été approuvée par les gouvernements FPT en 2003, à la suite d'un engagement de financement de 45 \$ millions (Cdn) du gouvernement fédéral en faveur d'une collaboration visant à faire face aux enjeux de la vaccination et à améliorer l'efficacité et l'efficience des programmes de vaccination au Canada. Le Comité canadien sur l'immunisation (CCI) a été créé pour coordonner ce processus et améliorer la planification des programmes dans la perspective de la SNI.

Les objectifs de la conférence de concertation de 2005 étaient les suivants :

- revoir les cibles et les buts fixés à l'occasion des précédentes conférences de concertation (après 1990) et, au besoin, s'entendre sur de nouvelles recommandations et sur de nouveaux buts nationaux relativement à la réduction de la maladie et à la couverture vaccinale des six maladies suivantes : infections invasives à méningocoque (IIM), infections invasives à pneumocoque (IIP), varicelle, coqueluche, influenza et rubéole;

- parvenir à un consensus sur les recommandations et les buts;
- énoncer les étapes essentielles pour faciliter l'adoption et la mise en œuvre à l'échelle nationale des recommandations et des buts.

Le CCI a recommandé d'examiner six MEV au cours de la première conférence de concertation. Le gouvernement fédéral a choisi d'accorder aux provinces et aux territoires des fonds publics pour la somme de 300 \$ millions (Cdn) pour quatre maladies, soit les infections invasives à méningocoque (IIM), les infections invasives à pneumocoque (IIP), la coqueluche et la varicelle. Cette somme était destinée à acheter des vaccins après l'approbation de la SNI en 2004. On a ajouté la rubéole pour soutenir le but régional d'élimination de la rubéole indigène et du syndrome de rubéole congénitale (SRC) dans les Amériques fixé par l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS)⁽²⁾. L'influenza a été ajoutée, car, pense-t-on, il était opportun de le faire.

Les délégués présents à la conférence étaient des représentants d'organisations et d'organismes nationaux, internationaux, fédéraux, non gouvernementaux, professionnels, provinciaux et territoriaux. Pendant les 2 jours qu'a duré la conférence, les participants rassemblés en groupes de travail propres à une maladie en particulier ont examiné les données disponibles, fait ressortir les enjeux clés ainsi qu'élaboré des recommandations et des buts nationaux pour fixer des cibles en matière de réduction de la maladie et de couverture vaccinale. Les recommandations et leur justification ont été présentées en séance plénière, et tous les participants à la conférence ont eu l'occasion de voter sur chacune, en

déclarant qu'ils étaient « d'accord », « d'accord mais avec des réserves » ou « en désaccord » avec les propositions. Pour parvenir au consensus, il fallait 75 % de votes « d'accord » ou « d'accord mais avec des réserves ».

Il y a eu consensus sur trois buts généraux et 52 recommandations. En ce qui concerne la varicelle, les IIM et la coqueluche, les buts n'ont soit pas été présentés, soit n'ont pas obtenu l'assentiment. Cependant, le CCI a proposé des buts après la conférence, qui sont intégrés dans le présent rapport. Pour l'influenza, on est parvenu à un consensus pour ce qui est d'adopter les cibles de couverture vaccinale nationale de 2001 et de repousser l'élaboration de recommandations en matière de réduction de la maladie à une future conférence.

Les participants à la conférence ont souligné l'importance de maintenir la lancée de la conférence, plus particulièrement en s'assurant que les recommandations et les buts soient

appliqués rapidement par le Réseau panaïcanien de santé publique. On a également suggéré d'entreprendre un examen de l'infrastructure provinciale et territoriale afin de déterminer les besoins et les lacunes en rapport avec la mise en œuvre des recommandations et des buts proposés. Ces points ont été évalués à l'occasion d'un sondage dans les provinces et dans les territoires qui s'est déroulé après la conférence⁽³⁾.

Le CCI examinera les recommandations issues de la CNC MEV 2005 et travaillera avec un groupe de travail à rassembler les comptes rendus de la conférence. Le Réseau panaïcanien de santé publique transmettra les recommandations pour approbation à la Conférence FPT des sous ministres de la Santé du Canada.

D'autres conférences de concertation sont prévues. Elles auront pour but de réviser, d'élaborer et de mettre à jour les recommandations et les buts nationaux de couverture vaccinale et de réduction de la maladie pour toutes les MEV.

Introduction

Entre le 12 et le 14 juin 2005, un groupe représentatif du milieu scientifique, médical et de la santé publique au Canada s'est réuni dans la ville de Québec pour assister à la Conférence nationale de concertation sur les maladies évitables par la vaccination (CNC MEV) de 2005. L'objectif de la conférence était de parvenir à un consensus pour ce qui est de la couverture vaccinale nationale ainsi que des buts de réduction des maladies et des cibles visant six maladies évitables par la vaccination (MEV), soit la rubéole, la varicelle, les infections invasives à pneumocoque (IIP) et à méningocoque (IIM), l'influenza et la coqueluche, ainsi que de déterminer le processus conduisant à leur adoption et à leur mise en œuvre à l'échelle nationale.

Mot de bienvenue

(Dr Ian Gemmill, président du comité de planification de la conférence, et Dr Horacio Arruda, représentant du ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec)

Les orateurs ont souligné le nombre de secteurs participants et l'importance des forums de concertation pour élaborer, appliquer et évaluer des politiques et des programmes d'immunisation, thème ressortant des exposés présentés en introduction et résumés ci dessous.

Stratégie d'immunisation au Canada

(Dr Arlene King, coprésidente de la conférence)

La Dr King a fait un exposé sur les progrès réalisés en 10 ans et sur la situation relative aux recommandations nationales issues des précédentes conférences de concertation pour les six

MEV étudiées. Elle a aussi présenté les résultats d'un sondage pour prouver la mise en œuvre des recommandations nationales en buts et en objectifs à l'échelle des provinces et des territoires depuis 2001. La dernière fois que les buts nationaux fixés pour les MEV ont fait l'objet d'un examen d'un point de vue global a été en 1993 pour l'influenza, les IIM, la coqueluche et d'autres MEV (la coqueluche a de nouveau fait l'objet d'un examen en 2002). Des conférences précises se sont tenues sur la rubéole (1994), les IIP (1998) et la varicelle (1999). Néanmoins, à ce jour, le but visant à éliminer la rougeole (1995) est le seul qui soit pleinement adopté à l'échelle nationale pour ce qui est des maladies évitables par la vaccination.

En 2001, et de nouveau en 2005, les provinces et les territoires ont été soumis à un sondage en vue de déterminer la mise en application des recommandations issues de la concertation nationale. Ces renseignements ont été fournis aux groupes de travail composés d'experts, qui les ont examinés en parallèle avec les recommandations et les buts nationaux existants avant la tenue de la conférence. Ils se trouvent dans les guides de discussion pour chacune des six MEV à l'Annexe B.

Établir des buts nationaux

(Dr Richard Massé, coprésident de la conférence)

Le Dr Massé a présenté certains des défis et le rôle du ministre de la Santé pour ce qui est de l'élaboration et de l'application des buts et des objectifs à l'échelle provinciale. Il a présenté des projets menés dans le cadre du programme de santé publique du Québec. Son exposé a essentiellement porté sur le rôle du Comité sur l'immunisation du Québec, qui est respon-

sable d'améliorer la qualité des programmes d'immunisation ainsi que la portée des recherches et de l'évaluation en matière d'immunisation au Québec. Le Québec a une expérience importante au chapitre de l'élaboration et de la mise en œuvre de buts de santé publique, mais les défis que cette province doit relever en la matière visent à garantir la participation des professionnels et du public au processus décisionnel et à s'assurer de disposer des fonds nécessaires pour que la mise en œuvre soit une réussite. Il faudra surmonter ces difficultés pour donner corps aux buts de santé publique.

Buts d'immunisation aux États-Unis

(D^re Jane Seward, CDC)

La D^re Seward a parlé de l'expérience des États-Unis (É.-U.) pour ce qui est de l'élaboration et de la mise en œuvre de buts nationaux. La Healthy People 2010 Strategy⁽⁴⁾, projet dirigé par les CDC,

a fixé des buts nationaux de santé publique. L'immunisation et la lutte contre les maladies infectieuses comptent parmi les priorités que cette stratégie a établies. Des buts précis ont été fixés dans ces domaines de priorité pour les maladies évitables, grâce à des programmes de vaccination ciblés et universels, les maladies infectieuses et la nouvelle résistance aux antimicrobiens, la couverture vaccinale et les stratégies, ainsi que l'innocuité des vaccins. La D^re Seward a conclu en fournissant les dernières données disponibles en matière de suivi et de mise en œuvre des buts et des objectifs dans chacune des catégories énoncées.

Déroulement de la conférence

(Dr Ian Gemmill)

La conférence de concertation de 2005 est la première d'une série qui conduira à la création de recommandations et de buts nationaux en vue de la réduction des maladies et d'une couverture vaccinale pour toutes les MEV au Canada. Le CCI, qui supervise la mise en œuvre de la SNI, a participé à la détermination de l'objectif central et des paramètres de la conférence et les a approuvés.

Déroulement de la conférence

La conférence s'est tenue sur 2 jours. Après le préambule et les exposés de la première journée, les participants se sont réunis en séance plénière pour étudier et voter les recommandations en vue de l'élimination de la rubéole. Puis, les participants ont passé le reste de la première journée à travailler dans les groupes de travail portant sur des maladies précises qui leur avaient été assignées. Dans chaque groupe se sont déroulés des exposés sur la surveillance, l'épidémiologie, les difficultés auxquelles font face les laboratoires et les programmes de vaccination ainsi que sur la couverture vaccinale. Le groupe de travail, dirigé par un président aidé de spécialistes en la matière, d'un rapporteur et d'un secrétaire, a examiné les données portant sur une maladie en particulier, cerné les problèmes clés, développé et fourni les justifications pour chacune des recommandations.

Le deuxième jour, les recommandations faites par les groupes de travail des cinq maladies restantes ont été présentées en séance plénière par des groupes d'experts choisis dans chaque groupe de travail sur une maladie précise. Après la présentation des recommandations et de leurs justifications, les participants ont posé des questions pour obtenir des éclaircissements, puis ont voté en utilisant un système de vote

électronique fourni par le Laboratoire national de microbiologie (LNM), conformément aux règles énoncées ci-dessous. Après avoir déterminé le niveau d'entente initial, c'était le temps des commentaires et des discussions. Si l'on ne parvenait pas à un consensus au premier vote ou si l'on y parvenait à la minorité, il y avait un deuxième vote après la période de commentaires et de discussions.

Pour les délibérations de cette conférence, voici des définitions de termes :

But : Déclaration générale portant sur un résultat désiré dans un laps de temps précis. Il n'est pas requis que les buts soient quantitatifs ou mesurables.

Objectifs/recommandations : Déclarations d'intention précises, mesurables, atteignables, réalistes et limitées dans le temps. Un objectif peut se composer d'une cible.

À l'occasion d'une réunion subséquente du CCI, il a été recommandé que l'utilisation du terme « objectif » soit réservée aux instances provinciales et territoriales afin qu'elles déterminent individuellement la meilleure façon de travailler afin d'atteindre les buts pour lesquels il y a eu consensus à l'échelle nationale dans un laps de temps acceptable, compte tenu des exigences qui leur sont propres. Par conséquent, dans les présentes, le terme « objectif » a été remplacé par « recommandation ».

Cibles : Éléments mesurables qui précisent l'ampleur des progrès à faire et le délai.

De plus, les délais associés aux recommandations et aux buts nationaux doivent être raisonnables et réalisables. On suggère un délai de 5 ans comme plage de planification convenable.

Admissibilité au vaccin : Dans le cadre de l'élaboration des recommandations en vue de fixer des buts nationaux, les participants se sont entendus sur le fait que l'admissibilité au vaccin devait s'appuyer sur les recommandations du Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) plutôt que sur les programmes de santé publique des provinces et des territoires.

Adoption et mise en œuvre

(Dr Greg Hammond)

Toutes les recommandations et tous les buts issus de la concertation seront mis en œuvre par le CCI et le nouveau Réseau pancanadien de santé publique. Au sein de ce réseau, le CCI joue le rôle de groupe thématique qui fait des recommandations au Groupe d'experts en contrôle des maladies transmissibles (GECMT), anciennement le Réseau de contrôle des maladies transmissibles (RCMT), qui joue le rôle de groupe d'experts. À son tour, le GECMT fait des recommandations au Conseil FPT, qui relève de la Conférence FPT des sous ministres de la Santé du Canada. Organisme dirigeant ayant une approche stratégique de la santé, la Conférence des sous ministres de la Santé du Canada a le dernier mot sur tous les sujets qui lui sont présentés.

Obtention du consensus et vote

(Dr Richard Massé)

Le processus de vote sur des recommandations concertées se fonde sur la garantie que tous les participants ont l'occasion d'exprimer leur point de vue soit au cours de la séance plénière, soit au sein du groupe de travail.

- Les choix disponibles pour le vote sont : « d'accord », « d'accord mais avec des réserves » et « en désaccord ».
- Au moins 66 % de participants ayant le droit de voter doivent être présents pour que le quorum soit atteint.

- Il y avait consensus quand au moins 75 % des participants ayant le droit de voter étaient soit « d'accord », soit « d'accord mais avec des réserves » sur une recommandation. Quand 50 % à 74 % des participants ayant le droit de voter étaient d'accord sans réserve sur une recommandation, cela constituait un vote à la majorité, alors que, quand seulement 25 % à 49 % des participants ayant le droit de voter étaient d'accord sans réserve sur une recommandation, cela représentait un vote minoritaire.
- Si le nombre combiné des participants « d'accord » ou « d'accord mais avec des réserves » représentaient < 75 % des voix des participants ayant le droit de voter ou si > 33 % des participants ayant le droit de voter étaient absents au vote ou avaient refusé de participer au vote, on considérait que la recommandation n'était pas appuyée.

Les participants ayant le droit de voter étaient les représentants des provinces et des territoires, notamment les médecins hygiénistes en chef de la santé publique, les épidémiologistes et les experts du programme, les experts de la DIIR et du LNM, les membres du CCI ne remplissant pas des fonctions de suppléants, les membres du comité de planification de la conférence, les représentants des organismes non gouvernementaux et des associations professionnelles de la santé ainsi que les coprésidents de la conférence (dans les situations où les résultats ne seraient pas autrement décisifs). Les experts internationaux, les membres du personnel de l'ASPC agissant à titre de rapporteurs et d'aides à la conférence, les représentants de l'industrie ou les participants étant en conflit d'intérêts ne disposaient pas du droit de vote.

Résumé sur les maladies

La présente partie se compose de résumés de données provenant de la séance plénière et des ateliers pour chacune des six maladies ainsi que des faits saillants des commentaires faits par les participants à la conférence de concertation.

Les guides de discussion ayant servi aux délibérations des groupes de travail se trouvent à l'Annexe B. Les articles de référence et les documents de la conférence sont disponibles sur CD ROM. Pour les obtenir, il suffit d'envoyer une demande à l'adresse suivante : programs_irid-ddir@phac-aspc.gc.ca.

Rubéole

Contexte

L'objectif de cette séance était d'examiner les renseignements récents disponibles sur le sujet et de déterminer la faisabilité d'adopter le but de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et de l'OPS d'éliminer la rubéole d'ici 2010. Pour favoriser la discussion, des orateurs ont présenté des exposés sur l'incidence et l'élimination de la rubéole aux É.-U., dans les Amériques et au Canada.

États-Unis :

(D^r Jane Seward, CDC)

En novembre 2004, les É.-U. ont annoncé avoir atteint leur but d'éliminer la rubéole et le syndrome de rubéole congénitale (SRC) bien avant 2010. Les cas signalés de rubéole et de SRC ont diminué de façon importante depuis que la couverture vaccinale a été étendue aux adultes, y compris aux adultes nés à l'étranger, aux per-

sonnes en milieu de travail et aux femmes en âge de procréer. La couverture est extrêmement élevée grâce à la dose unique recommandée de vaccin antirubéoleux, et beaucoup d'enfants ont reçu deux doses de vaccin RRO (rougeole, rubéole et oreillons) en vertu des exigences imposées aux écoles pour ce qui est de l'immunisation contre la rougeole. Aux É.-U., le taux des cas de rubéole signalés est exceptionnellement bas : < 1 cas par million de personnes, et il s'agit uniquement de cas isolés et importés. La surveillance exercée indique que l'immunité de la population parmi les personnes âgées de 6 à 49 ans est très élevée, soit > 91 %. Après avoir examiné ces données et d'autres résultats, un groupe d'experts qui s'est réuni en octobre 2004 a conclu que les É.-U. étaient parvenu à éliminer la rubéole ou avaient atteint un état d'absence de transmission endémique de la rubéole.

Les Amériques :

(D^r Carlos Castillo Solórzano, OPS)

L'OPS poursuit actuellement son but de 2003 de faire cesser la transmission endémique du virus de la rubéole dans les Amériques et d'éliminer les cas de SRC associés à la transmission endémique d'ici 2010. La stratégie de l'OPS s'appuie sur des systèmes de surveillance intégrés, l'isolement du virus de la rubéole, des programmes systématiques de vaccination des enfants ainsi que des campagnes de sensibilisation du public et de suivi destinées aux enfants et aux adultes recevant le vaccin RRO. Renforcer la surveillance et le signalement, constituer une base de données régionale, accélérer la mise en œuvre des stratégies d'immunisation, améliorer le suivi des femmes

victimes des épidémies de rubéole et recueillir des échantillons sont au nombre des défis qui restent à relever.

Canada :
(D^r Gaston De Serres)

En 1994, on a recommandé au Canada d'avoir pour but d'éliminer la rubéole et le SRC d'ici l'an 2000. Les cibles de vaccination étaient constituées d'une couverture vaccinale à une dose de 97 % pour les enfants jusqu'à 2 ans et d'une couverture à deux doses pour les enfants en âge d'aller à l'école. La vaccination des enfants âgés de 14 ou 15 ans pouvant avoir été oubliés était également visée. Des cibles ont également été établies pour les femmes enceintes : toutes les femmes à risque devaient se faire vacciner après l'accouchement avant d'obtenir leur congé de l'hôpital. Actuellement, la vaccination est obligatoire pour tous les enfants et recommandée pour les femmes en âge de procréer ainsi que pour les personnes venant de pays ne disposant pas de programme de vaccination contre la rubéole.

L'incidence de la rubéole au Canada a diminué de façon constante depuis l'instauration en 1996 d'une campagne de vaccination à deux doses contre la rougeole, la rubéole et les oreillons.

Pourtant, comme l'a prouvé l'écllosion qui a éclaté au Manitoba en 1997 et en Ontario en 2005 et l'existence de quelques cas isolés, la transmission limitée du virus de la rubéole se poursuivra en raison de l'importation, de la propagation secondaire et des lacunes dans la couverture vaccinale (p. ex., les hommes ou les populations refusant de participer aux programmes de vaccination).

Ontario :
(D^r Barbara Kawa)

Une importante écllosion de rubéole (305 cas) s'est produite à l'été 2005 dans une communauté religieuse très liée dans le sud ouest de l'Ontario. Dans cette province, la loi oblige les élèves à être vaccinés contre la rubéole (ou à présenter un certificat médical d'exemption valide ou une exemption pour des motifs religieux ou philosophiques). Alors que le taux de couverture général dans le comté d'Oxford est comparable au taux provincial de 95 %, la communauté touchée compte une proportion élevée de personnes qui ne sont pas vaccinées pour des raisons religieuses. Malgré les activités visant à lutter contre les écllosions, notamment la surveillance continue et l'immunisation des populations à risque, les collectivités dans lesquelles la couverture est faible demeurent un problème.

Discussion

Au cours de la séance plénière, on a fait ressortir les enjeux qui suivent relativement à l'établissement de buts nationaux pour lutter contre la rubéole. Le guide de discussion utilisé par les participants se trouve à l'Annexe B.

Cibles concernant l'âge d'aller à l'école : Aux fins de mesure de la couverture, il a été recommandé de remplacer « en âge d'aller à l'école » par « avant leur 7^e anniversaire ». De plus, il a été suggéré de soumettre les régions disposant d'exigences législatives pour ce qui est de l'entrée à l'école à un recensement et à une étude comparative par rapport à d'autres régions pour évaluer les répercussions de la loi sur la couverture vaccinale.

Cibles concernant les adolescents : On s'est interrogé sur le bien fondé d'établir une cible de vaccination contre la rubéole pour les enfants âgés de

15 à 17 ans, étant donné qu'il n'existe aucun système pour surveiller la couverture de ce groupe d'âge. Pour répondre à ces interrogations, on a souligné le fait que ce groupe d'âge est actuellement ciblé pour recevoir un rappel de dcaT, ce qui constitue une dernière chance d'administrer un vaccin antirubéoleux.

Populations non vaccinées : Les participants ont fait part de leurs expériences d'éclosions de rubéole au sein de populations non vaccinées en mentionnant également les stratégies d'intervention possibles. Les participants ont reconnu que les populations refusant la vaccination constituent un enjeu et qu'il est important d'ancrer une culture préventive au sein de laquelle on accepte la vaccination et on en fait la promotion. Idéalement, les gouvernements pourraient « décréter que la vaccination est une priorité nationale sans avoir recours à des mesures juridiques ». Cependant, comme l'expérience vécue aux É.-U. l'a prouvé, cela peut être difficile quand la pression se fait de plus en plus forte pour ne plus autoriser les exemptions pour des raisons religieuses et philosophiques.

Buts et recommandations

Compte tenu des données présentées, les participants sont parvenus à un consensus sur les déclarations énoncées ci-dessous pour ce qui est des recommandations et des buts nationaux à mettre en œuvre en vue d'éliminer la transmission indigène de la rubéole au Canada.

But

Adopter le but régional de l'OMS/OPS d'éliminer les cas de transmission indigène de la rubéole et du SRC du Canada d'ici 2010.

Incidence de la maladie

Recommandation 1

Diminuer le taux de femmes primigestes chez qui le dépistage de la rubéole produit des résultats négatifs à < 4 % d'ici 2010 en faisant en sorte que toutes les femmes en âge de procréer possèdent les documents prouvant qu'elles ont été vaccinées contre la rubéole et, dans le cas contraire, se voient offrir un vaccin antirubéoleux.

Justification : La date cible est passée de 1997 à 2010 pour se conformer au but de l'OMS/OPS.

Couverture vaccinale

Recommandation 2

Atteindre et maintenir une couverture vaccinale adaptée à l'âge de 97 % pour le vaccin antirubéoleux chez les enfants avant leur 2^e anniversaire (1 dose) d'ici 2010.

Justification : La cible de couverture est passée de 99 % à 97 % pour tenir compte de la possibilité qui demeure de cas importés et de la difficulté de lutter contre les éclosions de rubéole dans des groupes sous vaccinés de la population générale.

Recommandation 3

Atteindre et maintenir une couverture vaccinale adaptée à l'âge de 97 % pour le vaccin antirubéoleux chez les enfants avant leur 7^e anniversaire (2 doses) d'ici 2010.

Justification : Le jalon de l'âge est passé de l'âge d'entrée à l'école à « avant leur 7^e anniversaire » pour se conformer aux normes actuelles de couverture pour ce qui est de l'âge.

Recommandation 4

Atteindre et maintenir une couverture vaccinale adaptée à l'âge de 97 % pour le vaccin antirubéoleux chez les adolescents âgés de 14 à 16 ans d'ici 2010.

Justification : La limite supérieure d'âge est passée à 16 ans pour donner plus de chance de vacciner des adolescents à risque en profitant de la consultation pour administrer le rappel d'Adacel® (vaccin acellulaire contre la coqueluche, le tétanos et la diphtérie (dcaT)).

Recommandation 5

Atteindre et maintenir une couverture vaccinale concernant la rubéole après l'accouchement de 99 % chez les femmes à risque avant l'obtention de leur congé de l'hôpital d'ici 2010.

Justification : La date cible est passée de 1997 à 2010 pour se conformer au but de l'OMS/OPS.

Autre

Recommandation 6

Faire une sérologie ou obtenir la date de vaccination de TOUTES les femmes enceintes qui viennent en consultation prénatale pour connaître leur risque d'être atteinte de la rubéole d'ici 2010.

Justification : La date cible est passée de 1997 à 2010 pour se conformer au but de l'OMS/OPS.

Vote

Les participants sont parvenus à un consensus sur tous les buts et sur toutes les recommandations en ce qui a trait à l'élimination de la rubéole. En conclusion, ils ont également recommandé qu'un plan d'action national destiné à éliminer la rubéole soit élaboré en collaboration et défendu par tous les paliers du gouvernement au cours de la prochaine année.

Tableau 1 : Votes sur la rubéole

Buts et recommandations	D'accord	D'accord mais avec des réserves	En désaccord
But			
Adopter le but régional de l'OMS/OPS d'éliminer les cas de transmission indigène de la rubéole et du SRC du Canada d'ici 2010.	96 %	4 %	0 %
Incidence de la maladie			
Recommandation 1	59 %	37 %	4 %
Diminuer le taux de femmes primigestes chez qui le dépistage de la rubéole produit des résultats négatifs à < 4 % d'ici 2010 en faisant en sorte que toutes les femmes en âge de procréer possèdent les documents prouvant qu'elles ont été vaccinées contre la rubéole et, dans le cas contraire, se voient offrir un vaccin antirubéoleux.			
Couverture vaccinale			
Recommandation 2	93 %	7 %	0 %
Atteindre et maintenir une couverture vaccinale adaptée à l'âge de 97 % pour le vaccin antirubéoleux chez les enfants avant leur 2 ^e anniversaire d'ici 2010.			
Recommandation 3	88 %	12 %	0 %
Atteindre et maintenir une couverture vaccinale adaptée à l'âge de 97 % pour le vaccin antirubéoleux de chez les enfants avant leur 7 ^e anniversaire d'ici 2010.			
Recommandation 4	66 %	30 %	4 %
Atteindre et maintenir une couverture vaccinale adaptée à l'âge de 97 % pour le vaccin antirubéoleux chez les adolescents âgés de 14 à 16 ans d'ici 2010.			
Recommandation 5	77 %	23 %	0 %
Atteindre et maintenir une couverture vaccinale de 99 % pour la rubéole après l'accouchement chez les femmes à risque avant l'obtention de leur congé de l'hôpital d'ici 2010.			
Autre			
Recommandation 6	80%	20%	0%
Faire une sérologie ou obtenir la date de vaccination de TOUTES les femmes enceintes qui viennent en consultation prénatale pour connaître leur risque d'être atteinte de la rubéole d'ici 2010.			

Varicelle

Contexte

L'objectif de cette séance était d'examiner les résultats de la Conférence nationale de concertation sur la varicelle de 1999 dans le contexte des récents éléments probants disponibles, de cerner les enjeux et de faire des recommandations pour mettre à jour les recommandations, les cibles et les buts nationaux, en matière de vaccination contre la varicelle et de réduction de la maladie.

Voici les faits saillants des exposés présentés sur l'incidence de la varicelle aux É.-U. et au Canada.

États-Unis :

(D^r Jane Seward, CDC)

Aux É.-U., après la mise en place du programme de vaccination contre la varicelle en 1995, on a observé une baisse de 80 % à 90 % des cas signalés de varicelle. Les É.-U., forts d'une couverture vaccinale pour ce qui est de la varicelle qui s'établit actuellement à 85 % et qui continue

d'augmenter pour les enfants âgés de 19 à 35 mois, ont enregistré une diminution de 80 % des hospitalisations et ont connu une augmentation importante de l'immunité collective. Le taux de varicelle comme cause sous jacente de décès a également diminué dans toutes les classes d'âge en < 50 ans (diminution de 90 % chez les enfants âgés de 1 à 9 ans), à l'exception des personnes âgées de > 50 ans (la cause des décès dans ce groupe d'âge était peut être le zona confondu avec la varicelle). Le vaccin bénéficie d'un excellent profil d'innocuité, et seules de rares manifestations de réactions indésirables graves ont été signalées. Il s'est révélé efficace à > 95 % dans la prévention des cas graves de la maladie et entre 80 % et 85 % dans la prévention de tous les cas de varicelle.

Aux É.-U., le programme de vaccination contre la varicelle a commencé en poursuivant le but de réduire la maladie de > 90 % dans tous les groupes d'âge d'ici 2010, les taux de vaccination cibles étant de 90 % pour les enfants âgés de 19 à 35 mois et les adolescents âgés de 13 à 15 ans. Les recommandations actuelles concernant le recours au vaccin contre la varicelle consistent à préconiser l'administration de une dose pour tous les enfants en santé âgés de 12 mois à < 12 ans et de deux doses à intervalle de 3 mois pour les enfants immunodéprimés, à se conformer aux exigences en matière de vaccination en garderie et à l'école et à procéder à la vaccination consécutive à une exposition et en vue de lutter contre une éclosion. Pour les adultes, on recommande la vaccination aux professionnels de la santé et aux membres de la famille des personnes immunodéprimées, aux personnes présentant un risque élevé d'exposition et de transmission, aux femmes en âge de procréer et aux voyageurs.

Les données disponibles aux É.-U. indiquent qu'un programme de vaccination à une dose est rentable ou presque sur le plan médical et qu'un programme à deux doses est rentable sous l'angle

social. Les É.-U. envisagent de viser non plus la réduction mais l'élimination avec leur programme de vaccination contre la varicelle (l'élimination se définit comme l'absence de transmission endémique de la maladie). Une politique de vaccination à deux doses des enfants serait nécessaire pour améliorer la lutte contre la maladie et son élimination. À la mi juin 2005, l'Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) n'avait pas encore mis cette proposition au vote.

Canada :

(Jeannette Macey, ASPC)

La recommandation actuelle du Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) est de réduire l'incidence, la morbidité et la mortalité attribuables à la varicelle au moyen de la vaccination systématique des enfants âgés de 12 à 18 mois, des enfants plus âgés à risque, des adolescents et des adultes qui sont exposés à un risque élevé d'être atteint d'un cas grave de varicelle et de complications⁽⁵⁾. Les priorités en matière de rattrapage concernent les femmes en âge de procréer, les femmes qui viennent d'accoucher, les personnes immunodéprimées, les professionnels de la santé, les enseignants et le personnel des garderies ainsi que les personnes venant des climats tropicaux qui sont toujours à risque d'avoir la varicelle. Alors que les É.-U. visent actuellement à éliminer la varicelle, ce but n'est pas encore celui à atteindre au Canada.

Les programmes de vaccination contre la varicelle sont en (au moment de la Conférence nationale de concertation) place dans 11 des 13 provinces et territoires pour les enfants âgés de 12 à 18 mois, et les faits indiquent un lien entre une couverture vaccinale accrue et la diminution des hospitalisations liées à la varicelle dans tous les groupes d'âge. Neuf provinces et territoires disposent de programmes de rattrapage concernant la varicelle, bien que les stades de mise en œuvre, les normes et la couverture varient. Actuellement, les garder-

ies et les écoles n'ont aucune exigence concernant la varicelle, et les éclosions ne sont pas signalées et ne font pas l'objet non plus d'une enquête obligatoire. Certaines instances appliquent à la lettre les lignes directrices de la Société canadienne de pédiatrie pour ce qui est du retour en garderie ou à l'école après la maladie, mais aucune ligne de conduite uniforme n'existe à l'échelle du pays.

La Société canadienne de pédiatrie (SCP) assure une surveillance active de la varicelle par son Programme canadien de surveillance active de l'immunisation (IMPACT) qui compte 12 centres de pédiatrie et représente 90 % de tous les lits pédiatriques de soins tertiaires au Canada. Pourtant, le pays ne dispose pas de systèmes en place qui conviennent à assurer une surveillance nationale de la varicelle. Les provinces et les territoires signalent les cas de façon inégale ou incomplète, ce qui conduit à un signalement inférieur à la réalité de l'incidence de la maladie.

Discussion

Les participants ont convenu que l'expérience des É.-U. devait servir de guide au processus décisionnel, étant donné la mise en place relativement récente de la vaccination contre la varicelle au Canada. Des discussions se sont tenues sur les éléments clés à prendre en considération pour ce qui est de mettre à jour les buts et les cibles concernant la varicelle, et on a repéré des questions laissées en suspens ou irrésolues. Le guide de discussion utilisé par les participants se trouve à l'Annexe B.

Surveillance : Les données de surveillance ne reflètent pas de façon précise l'ampleur de la varicelle au Canada en raison d'un signalement inférieur à la réalité. Les données sur la mortalité associée à la varicelle manquent également. Les facteurs qui contribuent à ces lacunes sont notamment les variations dans les méthodes de signalement et les méthodes diagnostiques ina-

déquates utilisées par les laboratoires. Les problèmes sont aggravés par une définition de cas nationale qui limite la notion de cas confirmés à un cas pour lequel il y a isolement du virus ou maladie clinique et lien épidémiologique avec un cas confirmé par des analyses de laboratoire. Dans le cadre de l'examen du Registre national des maladies à déclaration obligatoire (RNMD), on procède à une mise à jour des définitions de cas pour tenir compte de l'expérience réelle et intégrer des définitions épidémiologiques.

Épidémiologie : Des données laissent croire qu'il y a des recouplements à faire entre l'expérience des É.-U. et celle du Canada, notamment en ce qui concerne l'épidémiologie de la varicelle dans la période précédant la vaccination ainsi que les liens entre la couverture vaccinale, les cas de varicelle et les autres résultats liés à la maladie.

Maladie ayant percé : Bien que la vaccination contre la varicelle se révèle extrêmement efficace, les praticiens et le grand public doivent savoir qu'il existe des cas isolés où le vaccin est un échec, ou des cas où la maladie a percé (c.-à-d. que la plupart des enfants ont une réaction sérologique, mais ne produisent pas suffisamment d'anticorps pour produire une réponse à même de les protéger complètement). Les cas de maladie ayant percé se produisent à raison de 0,7 % à 3 % par année. Les données disponibles sur le sujet indiquent qu'une vaccination à deux doses pourrait réduire de façon notable ce taux (p. ex., une étude des anticorps contre la varicelle 10 ans après la vaccination a mis en évidence un taux de maladie ayant percé de 0,7 % par année pour les personnes vaccinées par une dose unique et de 0,2 % pour les personnes vaccinées par deux doses).

Les participants ont fait remarquer que l'expression « ayant percé », uniquement utilisée pour la varicelle, sous entend que le virus perce, alors que, dans les faits, cela renvoie à un échec du vaccin. Par conséquent, ils ont préféré

l'expression « infection postvaccination » également utilisée par les CDC.

Analyses de laboratoire : Plusieurs facteurs empêchent de procéder à des analyses en laboratoire de la varicelle. Les recommandations diagnostiques faites au laboratoire pour ce qui est de la varicelle diffèrent de celles faites pour la rougeole et la rubéole. De plus, il n'existe aucune analyse fiable permettant de mettre en évidence l'immunité sérologique au virus varicelle zona : la méthode ELISA utilisant des glycoprotéines n'est pas offerte sur le marché, l'antigène de la glycoprotéine du virus de la varicelle zona n'est disponible qu'en quantités limitées, le dépistage sérologique de l'immunoglobuline G (IgG), bien qu'efficace pour l'infection par la varicelle de type sauvage, n'a pas une sensibilité suffisante pour prouver l'immunité produite par la vaccination et, concernant d'autres maladies, la cinétique de l'immunoglobuline M (IgM) de la réaction immunitaire contre la varicelle est mal connue.

Personnes immunodéprimées : Les personnes immunodéprimées, qui représentent de 30 % à 40 % des hospitalisations liées à la varicelle, subissent très peu de complications à la suite de l'administration d'un traitement à l'acyclovir, bien que des cas de résistance à l'acyclovir aient été signalés. Les répercussions de la prophylaxie passive au moyen de l'immunoglobuline contre le virus varicelle zona après l'exposition et de l'instauration précoce d'un traitement antiviral ont été importantes dans la réduction importante de la morbidité et de la mortalité dans les populations immunodéprimées.

Questions laissées en suspens : Les participants ont soulevé un certain nombre de questions qui n'ont pas obtenu de réponses. Parmi celles ci, la principale portait sur l'incidence du zona chez les adultes. Les participants se sont entendus pour repousser les recommandations visant à établir des buts et des cibles de réduction de cette maladie. Il a également été proposé de les lier aux

cibles de couverture vaccinale contre la varicelle et la rubéole d'ici 2010, mais les participants n'ont pas soutenu cette idée. Sur ce dernier point, on a relevé des différences entre les programmes de vaccination contre la varicelle et contre la rougeole, particulièrement le but d'élimination et le schéma à deux doses sur lesquels reposent les cibles de couverture pour ce qui est de la rougeole différent de façon importante des recommandations nationales actuelles et des programmes existants à l'échelle des provinces et des territoires. Les participants ont établi que la varicelle devait être traitée isolément jusqu'à ce que le vaccin contre la varicelle, la rubéole, les oreillons et la rougeole soit homologué au Canada; à ce moment là, on pourra envisager de lier les cibles de couverture.

Buts et recommandations

Les participants sont parvenus aux recommandations présentées ci dessous pour ce qui est de la varicelle et se sont entendus pour les réexaminer dans un délai de cinq ans afin d'évaluer les progrès réalisés en la matière et de s'inspirer de la récente expérience des É.-U. et du Canada.

But

Réduire la maladie et les décès attribuables aux complications de la varicelle par la vaccination.

Justification : Ce but a été proposé après la conférence de concertation et n'a pas fait l'objet d'un vote. On a jugé prématuré au moment de la conférence de fixer un but d'élimination.

Incidence de la maladie

Recommandation 1

Atteindre une réduction soutenue de 70 % et de 90 % pour ce qui est de l'incidence de la varicelle d'ici 2010 et 2015 respectivement.

Justification : Bien qu'il soit souhaitable de fixer un but d'élimination de la varicelle au Canada, cette démarche est prématurée. Les cibles proposées accordent le temps nécessaire pour mettre en œuvre les programmes de vaccination. On s'appuie sur le principe d'un schéma à une dose, qui s'accompagnera d'une couverture élevée et d'une immunité collective concomitante.

Couverture vaccinale

Recommandation 2

Atteindre et maintenir une couverture vaccinale adaptée à l'âge de 85 % pour le vaccin contre la varicelle chez les enfants avant leur 2^e anniversaire d'ici 2010.

Recommandation 3

Atteindre et maintenir une couverture vaccinale adaptée à l'âge de 85 % pour le vaccin contre la varicelle chez les enfants à risque avant leur 7^e anniversaire d'ici 2010.

Recommandation 4

Atteindre et maintenir une couverture vaccinale adaptée à l'âge de 85 % pour le vaccin contre la varicelle chez les adolescents à risque avant leur 17^e anniversaire d'ici 2010.

Justification : Ces cibles sont considérées comme atteignables si l'on s'appuie sur une couverture vaccinale contre la rougeole, la rubéole et les oreillons à une dose. De plus, on s'attend à ce que le vaccin RROV soit disponible d'ici 2010. Les cibles sont conformes aux sondages sur la couverture nationale prévue dans les cohortes précises fondées sur l'âge.

Autres

Recommandation 5

Réduire le taux d'hospitalisations liées à la varicelle de 80 % d'ici 2010.

Justification : Les enfants de < 10 ans sont les cibles des programmes de vaccination et l'unique groupe d'une telle importance à être hospitalisé pour des maladies associées à la varicelle. Par conséquent, on s'attend à une diminution importante de la maladie. Il est également essentiel de faire baisser le taux des hospitalisations liées à la varicelle dans les cohortes de gens plus âgés, étant donné l'incidence grandissante observée dans ces groupes. Pour cette raison, aucun groupe d'âge n'a été précisé. Aux É.-U., des zones faisant l'objet d'une surveillance active ont montré qu'une réduction de 80 % des hospitalisations liées à la varicelle était possible en 5 à 6 ans. On s'attend à obtenir des résultats semblables au Canada.

Enjeux : Il sera nécessaire de mettre en place des systèmes de surveillance pour suivre les cohortes et les populations de gens plus âgés. Les systèmes de surveillance devront faire la différence entre les personnes immunodéprimées et les personnes précédemment en bonne santé ainsi qu'entre la varicelle et le zona.

Recommandation 6

Réduire le nombre de décès liés à la varicelle de 80 % d'ici 2010.

Justification : On s'attend à ce que la réduction des décès liés à la varicelle suive la réduction des hospitalisations. La diminution de la mortalité par rapport aux niveaux de référence devra être comprise entre 80 % et 90 % à la fois dans les populations de personnes immunodéprimées et de personnes en bonne santé.

Enjeux : Un petit nombre de décès pourra rendre difficile la mesure de l'atteinte de la cible. De plus, les systèmes de surveillance devront faire la différence entre les personnes immunodéprimées et les personnes

précédemment en bonne santé ainsi qu'entre la varicelle et le zona.

Recommandation 7

Atteindre et maintenir une immunité contre la varicelle éprouvée de 100 % chez les professionnels de la santé, en recueillant les antécédents de la maladie, en procédant à une sérologie qui produit des résultats positifs ou en pratiquant une vaccination préalable, et vacciner ces personnes si elles ne sont pas immunisées, sauf en cas de contre indication, d'ici 2010.

Justification : Les professionnels de la santé représentent un groupe à risque élevé d'être exposé à la varicelle, étant donné les rapports étroits qu'ils ont avec des personnes immunodéprimées et la possibilité de transmission d'infections nosocomiales. Certaines instances proposent un vaccin contre la varicelle payé par le régime public aux professionnels de la santé. Cependant, il n'existe aucun système à l'échelle nationale pour évaluer le taux d'immunisation des professionnels de la santé en milieu de travail, et la politique en matière d'immunisation relève de chaque hôpital ou établissement. Des données récentes laissent croire que l'amélioration de la couverture vaccinale des professionnels de la santé réduit les coûts associés à la transmission d'infections nosocomiales et aux éclosions.

Enjeux : On ne peut pas se fier aux analyses sérologiques pour la varicelle auxquelles on procède après la vaccination en raison des faibles titres associés à la séroconversion post vaccinale et du manque d'analyses de laboratoire suffisamment sensibles pour détecter de faibles concentrations d'anticorps. Les cotes concernant l'absence d'anticorps varient également.

Aux É.-U., on affirme que l'administration de deux doses de vaccin produit une immunité à 99 %; cependant, les faits indiquent que le tiers des personnes vaccinées peuvent perdre des anticorps avec le temps. Une étude actuellement en cours aux É.-U. examine la possibilité d'administrer une troisième dose de vaccin aux professionnels de la santé.

Idéalement, il faudrait administrer le vaccin contre la varicelle aux nouveaux professionnels de la santé à l'embauche. L'ACIP et le CCNI ne recommandent pas de procéder à des analyses systématiques après la vaccination; néanmoins, il est important de surveiller l'incidence de la varicelle parmi les professionnels de la santé. Le nombre de jours de congé, le nombre de cas de la maladie chez les professionnels de la santé et des outils de lutte contre l'infection devront servir à assurer une surveillance. Les participants ont exprimé des inquiétudes quant à la mise en œuvre des mesures (p. ex., qui est responsable de prouver l'immunité? Existe-t-il une capacité d'analyse suffisante?). Un autre sujet d'inquiétude est l'absence d'une définition commune des « professionnels de la santé ».

Recommandation 8a

Chercher à attester l'immunité contre la varicelle chez 100 % des femmes enceintes chaque année, en recueillant les antécédents de la maladie, en procédant à une sérologie dont les résultats sont positifs ou en pratiquant une vaccination préalable, d'ici 2010.

Recommandation 8b

Atteindre et maintenir une couverture vaccinale de 100 % pour le vaccin contre la varicelle chez les femmes après l'accouchement dont l'immunité n'est pas prouvée, sauf en cas de contre indication, d'ici 2010.

Justification : Les femmes enceintes non immunisées et les nouveau nés représentent un groupe à risque élevé de contracter le syndrome de la varicelle congénitale (SVC) et la varicelle néonatale et d'avoir des complications en cas de manifestation de la maladie à l'âge adulte. Les participants se sont entendus sur le fait que la vaccination devra être proposée et non imposée aux femmes qui viennent d'accoucher, bien que certains aient exprimé leurs inquiétudes quant à la faisabilité d'effectuer le suivi des offres. Les participants ont fait remarquer que l'on procède actuellement à un suivi des offres d'analyse de dépistage du VIH.

Enjeux : Il faut améliorer le dépistage prénatal. Un but futur serait d'intégrer la varicelle au dépistage prénatal systématique, avec le VIH, l'hépatite C et la rubéole.

Vote

Les participants ont obtenu un consensus sur la mise à jour des recommandations suivantes pour ce qui est de la réduction de la varicelle. On a également proposé un but englobant après la conférence.

Tableau 2 : Votes sur la varicelle

Buts et recommandations	D'accord	D'accord mais avec des réserves	En désaccord
But (proposé)			
Réduire la maladie et les décès attribuables aux complications de la varicelle par la vaccination. (Proposé par le CCI)	S/O	S/O	S/O
Incidence de la maladie			
Recommandation 1	88 %	12 %	0 %
Atteindre une réduction soutenue de 70 % et de 90 % pour ce qui est de l'incidence de la varicelle d'ici 2010 et 2015 respectivement.			
Couverture vaccinale			
Recommandation 2	83 %	12 %	5 %
Atteindre et maintenir une couverture vaccinale adaptée à l'âge de 85 % pour le vaccin contre la varicelle chez les enfants avant leur 2 ^e anniversaire d'ici 2010.			
Recommandation 3	79 %	19 %	2 %
Atteindre et maintenir une couverture vaccinale adaptée à l'âge de 85 % pour le vaccin contre la varicelle chez les enfants à risque avant leur 7 ^e anniversaire d'ici 2010.			
Recommandation 4	68 %	29 %	3 %
Atteindre et maintenir une couverture vaccinale adaptée à l'âge de 85 % pour le vaccin contre la varicelle chez les adolescents à risque avant leur 17 ^e anniversaire d'ici 2010.			
Autre			
Recommandation 5	88 %	12 %	0 %
Abaïsser le taux d'hospitalisations liées à la varicelle de 80 % d'ici 2010.			
Recommandation 6	90 %	10 %	0 %
Diminuer le nombre de décès liés à la varicelle de 80 % d'ici 2010.			
Recommandation 7	71 %	24 %	5 %
Atteindre et maintenir une immunité éprouvée de 100 % contre la varicelle chez les professionnels de la santé, en recueillant les antécédents de la maladie, en procédant à une sérologie qui produit des résultats positifs ou en pratiquant une vaccination préalable, et vacciner ces personnes si elles ne sont pas immunisées, sauf en cas de contre indication, d'ici 2010.			
Recommandation 8a	81 %	17 %	2 %
Chercher à attester l'immunité contre la varicelle chez 100 % des femmes enceintes chaque année, en recueillant les antécédents de la maladie, en procédant à une sérologie dont les résultats sont positifs ou en pratiquant une vaccination préalable, d'ici 2010.			
Recommandation 8b	46 %	44 %	10 %
Atteindre et maintenir une couverture vaccinale de 100 % pour le vaccin contre la varicelle chez les femmes après l'accouchement dont l'immunité n'est pas prouvée, sauf en cas de contre indication, d'ici 2010.			

Infections invasives à pneumocoque

Contexte

L'objectif de cette séance était de mettre à jour les buts, les recommandations et les cibles en ce qui a trait à la réduction des infections invasives à pneumocoque (IIP) au Canada, en s'appuyant sur l'examen des faits disponibles actuellement et des buts établis à l'occasion de la Conférence canadienne de concertation sur la prévention des pneumococcies de 1998. Voici les faits saillants des exposés qui ont été présentés sur l'immunisation contre les IIP et la surveillance des IIP au Canada et aux É.-U.

Immunisation en Alberta : (Dr James Kellner)

Après son homologation pour les bébés au milieu de l'année 2001, Prevnar®, vaccin conjugué antipneumococcique heptavalent (Pneu-C-7), a été administré aux enfants à risque élevé et aux enfants autochtones en Alberta. Le programme Pneu-C-7 s'est ajouté à un programme élargi composé d'un vaccin antipneumococcique polyvalent ou vaccin 23 valent Pneu-P-23, proposé en 1998 aux résidents d'établissements de soins de longue durée, aux adultes âgés de > 65 ans et aux personnes à risque élevée âgées de > 5 ans.

L'administration de Pneu-C-7, à raison de trois doses, a avoisiné 88 % chez les enfants de 2 ans à Calgary et 92 % chez les enfants de 12 mois à Edmonton. Bien que l'administration de Pneu-P-23 chez les adultes âgés de ≥ 65 ans se soit située en deçà de la cible établie, elle est passée de 41 % à 55 % entre 1999 et 2003. À la suite du programme d'immunisation de Pneu-C-7 en Alberta, on a observé une diminution de 93 % des cas causés par le sérototype du vaccin. L'incidence des pneumonies invasives à Streptocoque (PIS) chez les enfants âgés de 0 à 23 mois est passée d'une moyenne de 53,0 cas pour 100 000 habitants pour la période 1998-2001 à 3,9 cas pour

100 000 habitants en 2004, une diminution importante étant enregistrée pour tous les sérotypes. Pendant la même période, on a également observé une diminution de 67 % des cas causés par le sérototype du Pneu-C-7 chez les adultes âgés de ≥ 65 ans, diminution qui a commencé avec la mise en œuvre des programmes du Pneu-P-23. Cette expérience indique que le Pneu-C-7 est efficace pour prévenir les IIP et fournit certaines preuves d'immunité collective chez les enfants et chez les adultes en dehors du groupe ciblé pour le vaccin.

Immunisation au Canada : (Christine Navarro, MSc)

Voici le résumé des statistiques disponibles concernant les programmes de vaccination antipneumococcique au Canada.

- En juillet 2005, 12 des 13 provinces et territoires du Canada auront mis en œuvre des programmes universels de vaccination des nourrissons. Toutefois, l'Enquête nationale sur la vaccination (ENV) a révélé que, entre 2002 et 2004, après la mise en place des programmes en Alberta, en Colombie Britannique et au Nunavut, le taux de couverture dans la cohorte d'enfants âgés de 2 ans n'a que légèrement augmenté, passant de 11 % à 13 %. On suppose que l'augmentation a pu être limitée par des erreurs de signalement des parents, des erreurs d'échantillonnage ou un déploiement incomplet du programme au moment de l'enquête.
- Les résultats d'une enquête transversale menée en 1999 auprès d'établissements provinciaux de soins de longue durée ont indiqué un taux de vaccination général de 71 % chez les résidents. Toutefois, dans une proportion de 17 % des établissements, la vaccination n'était pas offerte systématiquement, et la couverture générale était faible comparativement à celle de l'influenza.

- L'ENV menée par téléphone en 2001 a indiqué une faible couverture dans d'autres groupes et une administration de vaccins à 40 % des adultes âgés de ≥ 65 ans ne vivant pas en établissement et à 15 % des personnes âgées de 18 à 64 ans à risque élevé.
- La couverture vaccinale dans les provinces et les territoires n'a, de façon générale, pas atteint les cibles fixées pour tous les groupes d'âge.

Immunisation aux États-Unis :

(D' Pekka Nuorti, CDC)

En 2003, aux É.-U., 87 % des enfants avaient reçu au moins une dose de vaccin à l'âge de 2 ans et environ le tiers avait reçu une dose de rappel au même âge. Les responsables du programme de vaccination ont été victimes du succès rapide sans précédent du vaccin, ce qui a entraîné des pénuries. Cependant, les données enregistrées après l'administration de Pneu-C-7 indiquent une diminution exceptionnelle (entre 48 % et 83 %, selon le groupe d'âge) de l'incidence des IIP chez les enfants de < 5 ans. Les effets indirects (immunité collective) chez les enfants et les bébés ne faisant pas partie des groupes d'âge ciblés ont également pu être observés ainsi qu'une diminution non négligeable de l'incidence des IIP chez les enfants noirs et autochtones en Alaska, ce qui, en gros, élimine les disparités raciales en matière de santé pour les IIP. On a observé une diminution de 63 % des cas d'IIP causés par des souches résistantes à la pénicilline. On a pu observer une immunité collective importante chez les adultes, ce qui laisse entendre qu'une méthode de prévention efficace des IIP est de vacciner les enfants. Cet effet n'est probablement pas imputable à l'administration du vaccin Pneu-P-23. Enfin, des résultats préliminaires provenant d'études menées auprès de la population semblent indiquer que Pneu-C-7 est efficace pour réduire le taux d'otites moyennes et de pneumonies cliniques de toutes

causes chez les jeunes enfants et souligner le besoin de poser des tubes de tympanotomie.

On a observé des pneumococcies de remplacement dans les groupes d'âge non ciblés après l'administration de Pneu-C-7. Une augmentation a été enregistrée chez les enfants âgés de 24 à 59 mois, comparativement aux données de référence ainsi qu'au sein de la population touchée par le VIH sida en âge de travailler, comparativement à la population qui n'est pas atteinte du VIH sida. Toutefois, le taux absolu de pneumococcies de remplacement est faible. Le sérototype 19A apparaît comme un sérototype du vaccin problématique, et les sérotypes 15 et 33 F, comme des sérotypes non vaccinaux problématiques, ce qui souligne l'importance de l'analyse du sérototype pour ce qui est de la surveillance des IIP.

Surveillance au Canada :

(D' David Scheifele, BC Children's Hospital)

Les données sur les sérotypes issues d'IMPACT disponibles entre 1991 et 1998 indiquent une corrélation de 86 % entre les isolats et les sérotypes de vaccin chez les enfants âgés de 6 mois à 5 ans. On a observé des taux d'appariement plus faibles chez les enfants plus âgés et chez les enfants autochtones, groupe dans lequel on a également pu faire ressortir une non sensibilité à la pénicilline plus élevée. De 1998 à 2003, la plupart des groupes cibles ont enregistré une baisse modeste des corrélations entre les isolats et les sérotypes, celles-ci demeurant basses dans la population autochtone où la non sensibilité à la pénicilline demeurait comparativement élevée. Dans tous les cas, les taux d'appariement variaient d'année en année et d'un centre à un autre, ce qui empêchait de procéder à toute analyse. On reconnaît le rôle possible des sérotypes clonaux dans la variation des taux d'appariement, ainsi que la nécessité de procéder à une étude épidémiologique étendue et de mettre en place un système de signalement normalisé pour toutes les provinces et tous les territoires.

Surveillance au Canada et en Alberta :

(D' Greg Tyrrell)

Le National Centre for Streptococcus (NCS) a recensé 58 sérotypes différents au Canada entre 1998 et 2004, le vaccin Pneu-C-7 couvrant sept des huit sérotypes les plus courants. Les échantillons de sang et de liquide céphalo rachidien représentent 97 % des échantillons qui lui ont été envoyés, la plupart provenant d'Alberta. Dans cette province, c'est chez les enfants âgés de ≤ 2 ans qu'on a enregistré la baisse la plus spectaculaire de cas d'infections à pneumocoque causées par le sérototype couvert par le vaccin Pneu-C-7. On a observé une diminution semblable dans les isolats dans le reste du Canada pour ce groupe d'âge, bien qu'elle n'ait pas été exceptionnelle. Chez les personnes âgées (≥ 65 ans), les isolats vaccinaux et non vaccinaux pour ce qui est de Pneu-C-7 sont normaux, avec seulement une légère diminution du nombre d'isolats vaccinaux liés à Pneu-C-7 présentés au cours de la même période. Le taux général de non sensibilité à la pénicilline à la fois pour les sérotypes Pneu-C-7 et les sérotypes non-Pneu-C-7 reçus pour ce groupe d'âge s'établit à environ 11 %, une légère baisse étant à signaler dans le nombre d'isolats vaccinaux Pneu-C-7 non sensibles à la pénicilline.

Discussion

Prenant en considération les données présentées, les participants ont déterminé les enjeux suivants pour ce qui est de mettre à jour les buts de réduction des IIP établis à l'occasion de la conférence de concertation de 1998. Le guide de discussion utilisé par les participants se trouve à l'Annexe B.

Couverture vaccinale : Les participants ont suggéré que la cible initiale de 40 % pour tous les groupes admissibles à recevoir le vaccin devait être revue à la hausse, étant donné la baisse observée de l'incidence chez les nourrissons après la vaccination par Pneu-C-7, bien que les cibles en matière de couverture vaccinale au chapitre de la

prévention des IIP n'aient généralement pas été respectées.

Cibles relatives aux hospitalisations : Les participants ont recommandé de ne pas fixer de cibles concernant les hospitalisations attribuables aux IIP compte tenu des difficultés à surveiller les données provenant des hôpitaux et de la baisse prévue du taux des hospitalisations liée à l'atteinte des cibles de réduction de la maladie.

Groupes à risque élevé : Les participants ont recommandé que les cibles relatives à la réduction de la maladie devraient suivre l'atteinte des cibles concernant la couverture vaccinale, mais qu'il ne fallait cependant pas en fixer pour les groupes à risque élevé compte tenu du manque de données de surveillance.

Sérotypage : Pour établir des cibles de réduction des IIP, il est important d'être en mesure de suivre le sérototype de la souche à l'origine des infections pour déterminer de façon précise l'incidence des cas des IIP évitables par la vaccination. C'est particulièrement important pour ce qui est des pneumococcies de remplacement. Par conséquent, les participants se sont entendus pour faire une recommandation qui souligne la nécessité de surveiller les sérotypes ou de fixer une cible pour sérotyper les isolats des IIP (p. ex., tous les isolats, un pourcentage constant d'isolats, tous les isolats des enfants de < 2 ans).

Buts et recommandations

Les participants ont révisé les buts et les cibles de réduction de la maladie proposés à l'occasion de la conférence de concertation de 1998 et sont parvenus aux mises à jour et aux commentaires présentés ci dessous.

But

Réduire la maladie et les décès attribuables aux infections pneumococciques grâce à la vaccination.

Justification : Il faut revoir le but englobant fixé en 1998 de « réduire l'incidence et les répercussions des pneumococcies par la vaccination de tous les groupes d'âge » pour se concentrer sur la maladie et sur les décès.

Incidence de la maladie

Recommandation 1

Atteindre une réduction soutenue de 80 % de l'incidence des IIP chez les enfants de < 2 ans, comparativement à l'incidence préalable à l'administration d'un vaccin conjugué, d'ici 2010.

Justification : D'après l'expérience vécue aux É.-U., il faut atteindre une réduction de 80 % pour les maladies liées à tous les sérotypes relatives au taux d'incidence avant la vaccination chez les enfants âgés de < 2 ans. On s'attend également à observer des retombées avantageuses dans les autres groupes d'âge. La date cible de 2010 tient compte du stade actuel où en est la surveillance au Canada et permet au gouvernement d'élargir son intérêt si les cibles sont atteintes plus tôt que prévu.

Recommandation 2

Atteindre une réduction soutenue de 40 % de l'incidence des IIP chez les adultes âgés de ≥ 65 ans, comparativement à l'incidence observée en 1998, d'ici 2010.

Justification : La cible initiale de réduction de la maladie de 40 % dans ce groupe d'âge est réaliste d'après les données qui indiquent la possibilité de parvenir à une réduction de 20 % grâce à la couverture assurée par Pneu-C-7, le reste étant couvert par les vaccins polysaccharidiques existants. D'autres données attestent la réduction de 25 % de l'incidence des IIP dans ce groupe d'âge à Calgary entre 1998 et 2004 et de 31 % aux É.-U. entre 1998 et 2003.

Enjeux : Les participants ont débattu du rôle de Pneu-P-23 dans l'atteinte des cibles de réduction de la maladie. Ils ont admis de façon générale que les répercussions du vaccin polysaccharidique seront probablement modestes et ont soulevé les enjeux de l'efficacité et de l'administration. La remise en question de la nécessité de poursuivre la vaccination par Pneu-P-23 des groupes à risque élevé et des personnes âgées a fait ressortir la nécessité de réévaluer les programmes.

Couverture vaccinale

Recommandation 3

Atteindre et maintenir une couverture vaccinale adaptée à l'âge de 90 % pour le vaccin conjugué antipneumococcique chez les enfants avant leur 2^e anniversaire d'ici 2008.

Justification : La cible de couverture de 90 % d'ici la fin de 2008, qui représente une diminution de 5 % par rapport à la cible nationale précédemment proposée⁽⁶⁾, s'explique par le fait que toutes les provinces et tous les territoires (à l'exception des Territoires du Nord Ouest) ont lancé ou sont sur le point de lancer des programmes de vaccination, l'Ontario et le Québec ayant établi des cibles de couverture de 97 % et de 90 % respectivement. En ce qui a trait aux enjeux relatifs aux programmes, Pneu-C-7 est administré en même temps que le DCaT et devrait permettre d'avoisiner la cible de couverture de 95 % chez les nourrissons établie pour la coqueluche.

Enjeux : Les participants ont discuté de la cible initiale de couverture de 95 %, car il faut encore l'atteindre à l'aide des programmes de vaccination des nourrissons existants (p. ex., en Alberta et aux É.-U., grâce à ces programmes, 88 % et 67 % des enfants, respectivement, ont reçu trois doses avant leur 2^e anniversaire). En revanche, les par-

ticipants ont fait remarqué que Pneu-C-7 est administré avec le vaccin DCaT et que, par conséquent, il devrait permettre d'avoisiner la cible de couverture de 95 % fixée pour les nourrissons en ce qui a trait à la coqueluche. Les divers échéanciers et les façons différentes dont les programmes sont exécutés dans les provinces et les territoires nuisent à la possibilité d'honorer les cibles de couverture nationales.

Recommandation 4

Atteindre et maintenir une couverture vaccinale adaptée à l'âge de 80 % grâce à l'administration d'une dose unique de vaccin polysaccharidique antipneumococcique chez les adultes âgés de ≥ 65 ans d'ici 2010.

Justification : Comme on a pu l'observer avec l'influenza, il est possible d'obtenir une augmentation rapide de la couverture une fois que le vaccin est accepté. Partant, on recommande d'établir une cible de 80 % malgré le taux actuel de couverture qui s'établit à 40 % chez les adultes âgés de ≥ 65 ans qui ne résident pas en établissement. La prolongation de l'échéancier tient compte de la possibilité de pénurie de vaccin.

Recommandation 5

Atteindre et maintenir une couverture vaccinale adaptée à l'âge de 95 % pour le vaccin polysaccharidique antipneumococcique chez les résidents d'établissements de soins de longue durée d'ici 2008.

Justification : La cible recommandée s'appuie sur le taux actuel de couverture qui s'établit à 80 % pour ce qui est des résidents d'établissements de soins de longue durée, ce qui constitue une augmentation par rapport aux 71 % enregistrés en 1999, et la perspective que ces augmentations graduelles se poursuivent en ce qui a trait à la couverture

est pertinente si l'on applique l'exemple de l'influenza.

Autres

Recommandation 6

Atteindre une réduction soutenue de 20 % du taux de mortalité associé aux IIP chez les adultes âgés de ≥ 65 ans, comparativement au taux de référence de 1998, d'ici 2010.

Justification : Le taux de mortalité est un indicateur important étant donné ses répercussions possibles sur la société, les coûts qui rejaillissent sur les systèmes de soins de santé et la signification de la mort comme évolution de la maladie et indicateur de rendement du système médical. La cible de réduction de la maladie proposée est atteignable si l'on se fie au taux de mortalité avant vaccination qui est de 4,1 pour 100 000 habitants enregistré pour ce groupe d'âge. Cependant, il faut réviser la recommandation initiale pour que le terme « décès » soit remplacé par « taux de mortalité ».

Recommandation 7 (déclaration)

Toutes les provinces et tous les territoires doivent continuer à optimiser leurs programmes de vaccination antipneumococcique destinés aux personnes à risque élevé de contracter des IIP conformément aux lignes directrices du CCNI.

Justification : On ne recommande pas d'établir une cible numérique pour les groupes à risque élevé, car la réduction de la maladie et la couverture vaccinale au sein de ces populations poseront de moins en moins de problèmes à long terme, si les programmes universels de vaccination restent en vigueur. Néanmoins, il convient de faire une déclaration, compte tenu de la nécessité de produire davantage de données de surveillance et d'améliorer la couverture pour tous les pro-

grammes provinciaux et territoriaux ciblant les groupes à risque élevé. De plus, au lieu de se concentrer sur les personnes atteintes de maladies qui augmentent de façon importante le risque de contracter des IIP (p. ex., asplénie, asthme), il faut que la déclaration porte sur les groupes à risque élevé conformément aux lignes directrices du CCNI.

Enjeux : Les participants se sont demandés pourquoi cibler Pneu-C-7 alors que Pneu-P-23 était disponible. Il a été envisagé d'abaisser l'âge de la vaccination universelle par Pneu-P-23 afin d'englober davantage de personnes à risque élevé; cependant, l'expérience vécue aux États-Unis laisse croire qu'une telle stratégie permet peu de gains. En outre, d'autres enjeux à mentionner portent sur les rappels du vaccin, la durée de l'effet du vaccin et la pénurie de vaccin.

Recommandation 8 (déclaration)

Le sérotype doit être déterminé à partir d'un échantillon représentatif d'isolats de *Streptococcus pneumoniae* invasif à compter de 2006.

Justification : Il est nécessaire de procéder à une surveillance intégrale de la population pour obtenir des calculs précis de taux et pour surveiller l'apparition de pneumococcies de remplacement. Les domaines sur lesquels il est recommandé de se concentrer intègrent les IIP qui produisent les répercussions les plus importantes et peuvent être diagnostiqués

immédiatement, le sérotypage des isolats, les populations à risque élevé ou dans lesquelles l'incidence des IIP est importante, notamment les groupes ethniques. Le groupe de travail s'est également prononcé en faveur de la création d'un réseau national de registres de vaccination interreliés pour contribuer à la surveillance intégrale.

Enjeux : Les participants ont envisagé de limiter la collecte d'échantillons représentatifs aux sérotypes responsables d'issues graves; cependant, il a été décidé de promouvoir la surveillance intégrale et la confirmation par le sérotypage de tous les isolats.

Vote

Les participants sont parvenus à un consensus sur les recommandations suivantes en ce qui a trait à la réduction des IIP, en faisant des déclarations à la place d'établir des cibles pour ce qui est des groupes à risque élevé et de la surveillance. Pour toutes les recommandations, les participants se sont entendus sur la nécessité d'appliquer la définition de cas nationale des IIP. Les participants ont également abordé la question des répercussions des souches de remplacement sur l'atteinte des cibles en matière de réduction de la maladie; cependant, aucune augmentation compensatoire des cibles pour ce qui est de la couverture vaccinale n'a été proposée.

Tableau 3 : Mise en œuvre d'un programme et d'activités d'assurance et de contrôle de la qualité

Buts et recommandations	D'accord	D'accord mais avec des réserves	En désaccord
But			
Réduire la maladie et les décès attribuables aux infections pneumococciques par la vaccination.	97 %	3 %	0 %
Réduction de la maladie			
Recommandation 1	88 %	10 %	2 %
Atteindre une réduction soutenue de 80 % de l'incidence des IIP chez les enfants de < 2 ans, comparativement à l'incidence préalable à l'administration d'un vaccin conjugué, d'ici 2010.			
Recommandation 2	78 %	22 %	0 %
Atteindre une réduction soutenue de 40 % de l'incidence des IIP chez les adultes âgés de ≥ 65 ans, comparativement à l'incidence observée en 1998, d'ici 2010.			
Couverture vaccinale			
Recommandation 3	76 %	24 %	0 %
Atteindre et maintenir une couverture vaccinale adaptée à l'âge de 90 % pour le vaccin conjugué antipneumococcique chez les enfants avant leur 2 ^e anniversaire d'ici 2008.			
Recommandation 4	78 %	22 %	0 %
Atteindre et maintenir une couverture vaccinale adaptée à l'âge de 80 % grâce à l'administration d'une dose unique de vaccin polysaccharidique antipneumococcique chez les adultes âgés de ≥ 65 ans d'ici 2010.			
Recommandation 5	79 %	21 %	0 %
Atteindre et maintenir une couverture vaccinale adaptée à l'âge de 95 % pour le vaccin polysaccharidique antipneumococcique chez les résidents d'établissements de soins de longue durée d'ici 2008.			
Autre			
Recommandation 6	69 %	27 %	3 %
Atteindre une réduction soutenue de 20 % du taux de mortalité associé aux IIP chez les adultes âgés de ≥ 65 ans, comparativement au taux de référence de 1998, d'ici 2010.			
Recommandation 7 (déclaration)	81 %	12 %	7 %
Toutes les provinces et tous les territoires doivent continuer à optimiser leurs programmes de vaccination antipneumococcique destinés aux personnes à risque élevé de contracter des IIP conformément aux lignes directrices du CCNI.			
Recommandation 8 (déclaration)	84 %	9 %	7 %
Le sérotype doit être déterminé à partir d'un échantillon représentatif d'isolats de <i>Streptococcus pneumoniae</i> invasif à compter de 2006.			

Infections invasives à méningocoque

Contexte

L'objectif de cette séance était d'examiner les données et les recommandations actuelles portant sur les buts nationaux en vue de lutter contre les infections invasives à méningocoque (IIM) au Canada, en ciblant particulièrement *Neisseria meningitidis* (*N. meningitidis*) du sérogroupe C, une des principales causes de méningite bactérienne au Canada. Nous présentons ci-dessous les faits saillants des exposés sur le sujet de l'incidence des IIM et des programmes de vaccination au Canada et dans d'autres pays.

Incidence de la maladie au Canada : (*Kerri Watkins, ASPC*)

L'incidence annuelle des IIM au Canada s'établissait à environ 305 cas par année entre 1985 et 2003, des éclosions ayant été enregistrées entre 1989 et 1993 et entre 1999 et 2001. Les données préliminaires recueillies pour la période allant de 2002 à 2003 indiquent une baisse plus importante de l'incidence des IIM dans les provinces qui ont été les premières à mettre en œuvre les programmes de vaccination utilisant des vaccins conjugués contre le méningocoque du groupe C (Men C C) par rapport aux autres provinces canadiennes. Il est encore plus complexe de dégager des tendances en matière de maladie étant donné le caractère imprévisible de l'épidémiologie des IIM, ce qui ajoute à la nécessité pour le gouvernement fédéral de travailler avec les provinces et les territoires à renforcer la surveillance des IIM en concentrant ses efforts sur les cas de signalements insuffisants et sur la qualité des données.

Laboratoire national de microbiologie (LNM) : (*Dr Raymond Tsang*)

Il est possible que les programmes de vaccination modifient les souches en circulation de *N. meningitidis*. Les données recueillies au Québec à la suite des campagnes de vaccination massive qui se sont déroulées après l'éclosion d'IIM du sérogroupe C en 2001 démontrent une baisse du nombre de cas pour le sérogroupe C; néanmoins, en 2004, on a signalé une grappe de cas du sérogroupe B. Les analyses d'ADN subséquentes ont révélé qu'un unique clone du méningocoque du sérogroupe B était apparu et qu'il était responsable de l'éclosion datant de 2003. On a également trouvé des preuves de modification capsulaire de méningocoques C:2a:P1.1,7 en B:2a:P1.1,7, ce qui indique qu'une souche peut muter en une autre de façon naturelle ou sous la pression de l'augmentation du taux de vaccination. Le Dr Tsang a conclu en invitant les participants à se demander si la diminution de la souche C en circulation avait permis à un clone B de proliférer et si la modification de la structure de la communauté bactérienne était liée à l'éclosion du sérogroupe C de 2001 et à la campagne de vaccination de masse qui s'en est suivie.

Vaccination au Canada : (*Dr Philippe De Wals*)

Actuellement, toutes les provinces canadiennes administrent le vaccin Men-C-C, la plupart proposant des programmes primaires consistant en l'administration d'une dose à l'âge de 12 mois. Les données disponibles actuellement indiquent que, quel que soit l'âge auquel le vaccin est administré, une dose suffit pour constituer une capacité immunitaire pour au moins cinq ans. Il est nécessaire d'administrer de deux à trois doses aux enfants âgés de < 12 mois, bien que l'avantage de la deuxième et de la troisième doses soit modeste.

Le CCNI recommande la vaccination systématique des nourrissons à 2, à 4 et à 6 mois ainsi que des nourrissons entre 4 et 11 mois qui n'ont pas reçu précédemment le vaccin Men-C-C en leur administrant deux doses à intervalle de 4 semaines au moins. Il est recommandé d'administrer une dose unique de vaccin aux enfants âgés de 1 à 4 ans ainsi qu'aux adolescents et aux jeunes adultes, étant donné le risque accru d'IIM dans ces groupes d'âge.

L'efficacité de certains programmes provinciaux a été étudiée sur une période de 8 ans pour trouver le schéma optimal de vaccination par Men-C-C. À l'aide d'un modèle de simulation, si l'on suppose une couverture de 96 % la première année après une première vaccination ou l'administration d'une dose de rappel, il est apparu que la répartition de doses multiples sur plusieurs années était plus efficace que l'administration de toutes les doses pendant l'enfance. Le schéma le plus efficace consiste à vacciner à 12 mois, à 12 ans et à 18 ans. Il est apparu qu'il n'était que légèrement plus efficace qu'un schéma composé de l'administration d'une dose à 12 mois et d'une autre à 12 ans. Du point de vue de la rentabilité, un schéma à dose unique est préférable au schéma à trois doses et aux campagnes de vaccination de masse. Enfin, il a été reconnu que le schéma à deux doses, administrées à 12 mois et à 12 ans, était la solution optimale.

Le Dr De Wals a conclu en invitant les participants à s'interroger sur l'âge optimal pour procéder à une première vaccination, sur le nombre optimal de doses pour une première vaccination et sur l'âge auquel il fallait procéder aux administrations de doses de rappel ou de rattrapage, le cas échéant. Les facteurs influant sur la résolution de ces questions sont notamment l'épidémiologie imprévisible des IIM, l'incertitude entourant l'efficacité à long terme du vaccin conjugué et le seuil auquel l'immunité diminue, rendant nécessaire des stratégies de lutte souples pour pouvoir réagir aux événements à venir.

Vaccination dans les autres pays :

(Dr Eric Bertherat, OMS)

Le Dr Eric Bertherat a passé en revue l'expérience d'un certain nombre de pays pour ce qui est de la vaccination à Men-C-C, en se concentrant sur le Royaume-Uni (R.-U.). Une augmentation marquée de l'incidence des IIM au R.-U. à la fin des années 90 a conduit au lancement d'une campagne de vaccination de masse à Men-C-C en 1999. D'autres pays lui ont emboîté le pas (p. ex., l'Irlande, l'Espagne, la Belgique, les Pays Bas, l'Australie et l'Islande), adoptant des schémas de vaccination systématique et de rattrapage. Les données recueillies au R.-U. ont mis en évidence une protection élevée à courte échéance et une diminution à la fois de l'incidence et du portage des IIM ainsi que l'obtention d'un bon taux d'immunité collective grâce au rattrapage. Cependant, en Espagne, la vaccination de masse a donné lieu à une modification du sérogroupe C au sérogroupe B. Au R.-U. comme en Espagne, la durée de l'immunité a rapidement chuté chez les nourrissons vaccinés à un âge précoce, ce qui a suscité des questions quant au moment auquel administrer la dose de rappel. Le Dr Bertherat a relevé que, bien que l'efficacité du vaccin Men-C-C ait été démontrée, ses répercussions sont moins claires, étant donné les cycles naturels des IIM. Il faut accroître la surveillance pour mieux comprendre ces phénomènes.

Discussion

Les participants ont mentionné les enjeux ci-dessous pour ce qui est de l'élaboration de recommandations et de buts nationaux en vue de lutter contre les IIM au Canada, reconnaissant ainsi qu'aucun but national n'avait été établi depuis la mise en application des programmes de vaccination à Men-C-C. Le guide de discussion utilisé par les participants se trouve à l'Annexe B.

Commutation de souche : On a envisagé d'établir un lien entre la commutation de souche et les programmes de vaccination. Dans certains cas, les personnes atteintes d'IIM portent à la fois les souches B et C, ce qui favorise la commutation. On a également observé un taux élevé de mutation. En mentionnant l'éclosion des IIM qui a touché le Québec en 2001, le Dr De Wals a affirmé que les campagnes de vaccination de masse ne jettent pas les bases des épidémies subséquentes. Le Dr Tsang a précisé que la plupart des cas enregistrés pour la souche B signalés après l'éclosion qui s'était produite en 2001 au Québec étaient des adolescents, ce qui semble indiquer un clone invasif.

Durée de l'immunité : Les participants se sont interrogés sur l'importante diminution de l'immunité après la vaccination au R.-U., en comparant les âges auxquels les nourrissons ont été vaccinés, soit à 2, à 3 et à 4 mois, à la norme canadienne de 2, de 4 et de 6 mois. Le Dr De Wals a fait remarqué que, au Québec, la vaccination se faisant à l'âge de ≥ 12 mois, la protection diminuait après la vaccination, mais dans une mesure moindre qu'au R.-U.

Registres de vaccination : Les participants se sont entendus sur le rôle possible de registres de vaccination pour renforcer l'analyse épidémiologique des IIM, reconnaissant la nécessité de résoudre les questions relatives à la constance et à la qualité des données, les consignations étant faites par des centaines de médecins et de bureaux de santé publique. Cependant, les registres sont d'une utilité limitée pour évaluer la couverture vaccinale en l'absence de normes communes pour intégrer les renseignements.

Campagnes d'information : Il est apparu que, compte tenu de l'actuelle demande du public en faveur du vaccin Men-C-C, les campagnes d'information destinées au grand public ou aux professionnels sont d'une utilité limitée.

Néanmoins, il est important de sensibiliser les décideurs et les organismes de financement aux cibles de réduction de la maladie. Les participants ont donc proposé de créer une « fiche de rendement » pour la fixation et l'atteinte des cibles.

Vaccin quadrivalent : Les participants ont parlé de l'approbation en cours du vaccin conjugué quadrivalent Menactra™ (sérotypes A, C, Y et W-135) au Canada. Ils se sont interrogés sur la façon dont le vaccin serait utilisé et sur les groupes d'âge pour lesquels il serait autorisé. Ils ont également envisagé la possibilité de remplacer le vaccin monovalent actuellement utilisé dans les programmes destinés aux adolescents par le vaccin conjugué quadrivalent, mais ils ont soulevé la question du coût du nouveau vaccin comme un problème probable. Il a également été fait mention de la nécessité possible d'une analyse coûts-avantages différentielle.

Surveillance : Les prochaines étapes de mise en œuvre des recommandations nécessiteront la normalisation des données pour améliorer la surveillance. Compte tenu de la nature cyclique de cette maladie, on a recommandé de prendre comme valeur de référence l'incidence moyenne pour la période s'étendant de 1995 à 2001. Il faudra également étendre la surveillance pour intégrer les cas d'IIM, sans oublier les renseignements portant sur l'incidence de la maladie du point de vue de l'âge, les hospitalisations et la mortalité. Il faut en priorité élaborer et mettre en œuvre des éléments et des méthodes de collecte de données normalisés. Il est nécessaire que les données provenant des laboratoires provinciaux et territoriaux sur les isolats de *N. meningitidis* soient complètes, que les données portant sur le sérototype soient recueillies pour permettre de fixer des cibles et d'évaluer les résultats, que les séquelles à long terme de la maladie soient mesurées et que les renseignements cliniques accompagnent les échantillons envoyés au laboratoire national.

Buts et recommandations

But

Réduire la maladie et les décès attribuables à *N. meningitidis* du sérogroupe C par la vaccination. (Proposé par le CCI)

Incidence de la maladie

Recommandation 1

Prévenir les éclosions de *N. meningitidis* du sérogroupe C chez les personnes âgées de < 25 ans d'ici 2012.

Justification : Il convient de fixer une cible fondée sur l'âge. Les éclosions ont tendance à se manifester chez les adolescents et chez les adultes au début de la vingtaine. En ciblant les personnes jusqu'à 25 ans, les provinces et les territoires peuvent être incités à élargir les groupes d'âge auxquels sont destinés les programmes de vaccination, y compris les programmes de rattrapage, au delà des 15 à 19 ans, ce qui est actuellement la cible recommandée par le CCNI.

La date de 2010 a fait l'objet d'un débat en séance plénière. Les participants ont exprimé des inquiétudes quant au nombre important de cohortes devant être vaccinées pour atteindre le résultat désiré, rendant nécessaire des campagnes de vaccination de masse. Les participants ont également proposé 2012 et 2015, et le choix s'est finalement porté sur l'année 2012.

Après avoir proposé de modifier les groupes d'âge concernés et la date butoir de la recommandation, les participants en séance plénière ont envisagé, de remplacer « prévenir » par « éliminer » ou « éradiquer ». La formulation initiale a finalement été retenue, car le groupe a convenu qu'il continuerait à y avoir des personnes non vaccinées et des éclosions.

Recommandation 2

Atteindre une réduction soutenue de 90 % de l'incidence de *N. meningitidis* du sérogroupe C chez les enfants de < 5 ans d'ici 2010.

Justification : La cible de réduction est atteignable, compte tenu des programmes de vaccination existants actuellement, et elle est pertinente, puisque les enfants âgés de < 5 ans constituent un groupe à risque élevé.

Discussion : Les participants ont suggéré que la vaccination à 2, à 4 et à 6 mois n'était peut-être pas nécessaire pour respecter la recommandation proposée et qu'un programme global ciblant les jeunes enfants et les adolescents devrait plutôt suffire, si l'on tient compte de l'effet de l'immunité collective.

Recommandation 3

Atteindre une réduction soutenue de 95 % de l'incidence de *N. meningitidis* du sérogroupe C chez les adolescents âgés de 12 à 19 ans d'ici 2010.

Justification : Pour cibler les adolescents, deux groupes d'âge entraient en concurrence : les 12 à 19 ans et les 15 à 19 ans. On a recommandé le groupe d'âge le plus complet pour les raisons suivantes : l'effet de l'immunité collective sera plus important, l'âge auquel les personnes commencent à avoir des rapports sociaux à risque plus élevé est plus proche de 12 que de 15 ans et l'incidence des IIM commence à augmenter à l'âge de 10 ans.

Recommandation 4

Atteindre une réduction soutenue de 70 % de l'incidence de *N. meningitidis* du sérogroupe C d'ici 2010.

Justification : La cible proposée peut être atteinte indirectement en mettant en application les recommandations 1, 2 et 3. Bien

qu'il n'existe actuellement aucun programme ciblant les Canadiens plus âgés, l'effet de l'immunité collective pourra contribuer à cette réduction.

Couverture vaccinale

Recommandation 5

Atteindre et maintenir une couverture vaccinale adaptée à l'âge de 100 % pour le vaccin conjugué contre le méningocoque du groupe C chez les contacts étroits* des cas de *N. meningitidis* du sérogroupe C d'ici 2010.
(*Tels qu'ils sont définis par le CCNI)

Justification : On a recommandé une cible de couverture vaccinale générique parce que les contacts étroits des cas d'IIM du sérogroupe C de tous âges, tels qu'ils sont définis par le CCNI, constituent un groupe à risque élevé.

Recommandation 6

Atteindre et maintenir une couverture vaccinale adaptée à l'âge de 95 % pour le vaccin conjugué contre le méningocoque du groupe C dans les groupes à risque élevé* de contracter *N. meningitidis* du sérogroupe C.
(*Tels qu'ils sont définis par le CCNI)

Justification : En s'appuyant sur la recommandation 5, les participants ont considéré qu'il était essentiel d'atteindre une couverture vaccinale maximale dans tous les groupes à risque élevé, conformément à la définition du CCNI.

Recommandation 7

Atteindre et maintenir une couverture vaccinale adaptée à l'âge de 97 % pour le vaccin conjugué contre le méningocoque du groupe C chez les enfants avant leur 2^e anniversaire d'ici 2010.

Justification : La cible recommandée est nécessaire pour prévenir les issues fatales de

la maladie chez les enfants et pour atteindre les cibles établies en matière de réduction de la maladie.

Recommandation 8

Atteindre et maintenir une couverture vaccinale adaptée à l'âge de 90 % pour le vaccin conjugué contre le méningocoque du groupe C chez les adolescents avant leur 17^e anniversaire d'ici 2012.

Justification : La cible proposée est mesurable et encourage la vaccination avant la fin du secondaire. Le niveau de couverture est inférieur à celui recommandé pour les enfants de ≤ 2 ans, car il est plus difficile d'atteindre les groupes plus âgés. De plus, les parents demandent à ce que leurs enfants reçoivent le vaccin Men-C-C.

Discussion : Les participants en séance plénière ont proposé de prolonger la date de 2010 à 2012, car il faudrait davantage de temps pour composer avec les limites et les différences des programmes actuels de vaccination.

Dans les administrations où l'âge à la fin du secondaire peut être < 17 ans, il a été recommandé que le programme de vaccination cible les enfants < 17 ans.

Les participants ont recommandé une cible intermédiaire pour évaluer les progrès réalisés dans la mise en œuvre des programmes afin de répondre à la demande importante du public en faveur de programmes de vaccination à Men-C-C pour les cohortes d'âge scolaire.

Autres mortalités

Les participants ont envisagé d'établir des cibles de mortalité pour les enfants âgés de < 5 ans et les adolescents de 15 à 19 ans. Cependant, compte tenu des écarts existants entre les programmes actuellement offerts

dans les provinces et territoires, aucune cible de réduction de la mortalité n'a été fixée.

Recommandation 9

Améliorer la surveillance épidémiologique**, clinique et de laboratoire*** des infections invasives à méningocoque du groupe C.

*(**intègre le degré d'immunisation et ***intègre l'accès à la technologie de la PCR uniforme pour toutes les provinces et tous les territoires au Canada.)*

Justification : Il est nécessaire d'accroître la surveillance pour améliorer la qualité des données recueillies et pour assurer un suivi des tendances des sérogroupe de *N. meningitidis*. Il est également nécessaire d'avoir accès aux antécédents en matière d'immunisation pour que les administrations puissent évaluer le taux d'immunisation.

Recommandation 10 (déclaration)

Les provinces et les territoires doivent évaluer les programmes de vaccination contre *N. meningitidis* du sérogroupe C notamment, mais sans s'y limiter, la couverture vaccinale, l'efficacité du vaccin, l'innocuité du vaccin et les modifications épidémiologiques.

Justification : Il faut faire des évaluations pour mesurer les résultats et déterminer la nécessité et la nature des révisions à apporter aux calendriers, aux programmes et aux cibles de vaccination.

Vote

Les participants sont parvenus à un consensus sur les recommandations qui suivent concernant la lutte contre les IIM après maintes discussions et parfois un deuxième vote (voir V1 et V2 pour vote 1 et vote 2), en l'occurrence pour les recommandations 1 et 8. Aucun but déterminant n'a été formulé à l'occasion de la conférence; cependant, un but a été proposé plus tard et approuvé par le CCI.

Tableau 4 : Votes sur les infections invasives à méningocoque

But (proposé)	Buts et recommandations	D'accord		D'accord mais avec des réserves		En désaccord	
		V1	V2	V1	V2	V1	V2
But (proposé)	Réduire la maladie et les décès attribuables à <i>N. meningitidis</i> du sérogroupe C par la vaccination.			S/O		S/O	S/O
Incidence de la maladie							
Recommandation 1	Prévenir les éclosions de <i>N. meningitidis</i> du sérogroupe C chez les personnes âgées de < 25 ans d'ici 2015.	50 %	68 %	26 %	22 %	24 %	10 %
Recommandation 2	Atteindre une réduction soutenue de 90 % de l'incidence de <i>N. meningitidis</i> du sérogroupe C chez les enfants de < 5 ans d'ici 2010.			82 %		13 %	5 %

Tableau 4 : Votes sur les infections invasives à méningocoque (suite)

Buts et recommandations	D'accord	D'accord mais avec des réserves	En désaccord			
Recommandation 3 Atteindre une réduction soutenue de 95 % de l'incidence de <i>N. meningitidis</i> du sérogroupe C chez les adolescents âgés de 12 à 19 ans d'ici 2010.	67 %	22 %	11 %			
Recommandation 4 Atteindre une réduction soutenue de 70 % de l'incidence de <i>N. meningitidis</i> du sérogroupe C d'ici 2010.	78 %	20 %	2 %			
Couverture vaccinale						
Recommandation 5 Atteindre et maintenir une couverture vaccinale adaptée à l'âge de 100 % pour le vaccin conjugué contre le méningocoque du groupe C chez les contacts étroits* des cas de <i>N. meningitidis</i> du sérogroupe C d'ici 2010. (*Tels qu'ils sont définis par le CCNI)	91 %	7 %	2 %			
Recommandation 6 Atteindre et maintenir une couverture vaccinale adaptée à l'âge de 95 % pour le vaccin conjugué contre le méningocoque du groupe C dans les groupes à risque élevé* de contracter <i>N. meningitidis</i> du sérogroupe C. (*Tels qu'ils sont définis par le CCNI)	69 %	28 %	4 %			
Recommandation 7 Atteindre et maintenir une couverture vaccinale adaptée à l'âge de 97 % pour le vaccin conjugué contre le méningocoque du groupe C chez les enfants avant leur 2 ^e anniversaire d'ici 2010.	76 %	16 %	7 %			
Recommandation 8 Atteindre et maintenir une couverture vaccinale adaptée à l'âge de 90 % pour le vaccin conjugué contre le méningocoque du groupe C chez les adolescents avant leur 17 ^e anniversaire d'ici 2012.	V1 45 %	V2 72 %	V1 24 %	V2 24 %	V1 31 %	V2 4 %
Autre						
Recommandation 9 Améliorer la surveillance épidémiologique*, clinique et de laboratoire** des infections invasives à méningocoque du groupe C. (*intègre le degré d'immunisation et **intègre l'accès à la technologie de la PCR uniforme pour toutes les provinces et tous les territoires au Canada.)	87 %	11 %	2 %			
Recommandation 10 (déclaration) Les provinces et les territoires doivent évaluer les programmes de vaccination contre <i>N. meningitidis</i> du sérogroupe C notamment, mais sans s'y limiter, la couverture vaccinale, l'efficacité du vaccin, l'innocuité du vaccin et les modifications épidémiologiques.	94 %	6 %	0 %			

Influenza

Contexte

Le but de cette séance était d'élaborer sur les recommandations et les buts mis à jour pour ce qui est de la vaccination contre l'influenza au Canada, après l'examen des enjeux actuels et les résultats de la Conférence canadienne de concertation sur la grippe de 1993 ainsi que d'une rencontre qui a eu lieu en 2001 sur le rôle des vaccins dans la lutte contre l'influenza. Voici les faits saillants des exposés qui ont été présentés sur les projets de vaccination contre l'influenza et sur les défis que doivent relever le Canada et les É.-U.

Immunisation aux É.-U. :

(D^re Nancy Cox, CDC)

Les jeunes enfants sont devenus la nouvelle cible des efforts de vaccination contre la grippe des CDC, car il a été déterminé qu'ils sont exposés à un risque accru d'hospitalisation liée à l'influenza. En 2004, on recommandait la vaccination annuelle de tous les enfants âgés de 6 à 23 mois, groupe à risque élevé nouvellement désigné.

La D^re Cox a ensuite présenté les défis de la production de vaccins, en commençant par l'obtention des données de surveillance et de virologie les plus à jour pour élaborer les recommandations relatives aux souches que produit l'OMS environ 6 mois avant la saison grippale. Bien que les vaccins correspondent relativement bien aux souches principales en circulation, il est difficile de déterminer précisément la correspondance antigénique. L'OMS et les CDC mettent au point de nouvelles méthodes d'appariement antigénique entre les souches en circulation et les souches vaccinales.

Enfin, de nombreux facteurs influent sur l'efficacité du vaccin contre l'influenza : l'âge et l'état du système immunitaire de la personne qui le reçoit, la compatibilité du vaccin avec les souches en circulation, la quantification de l'immunité collective, le fondement de la mesure

des résultats, tout cela contribuant à limiter la mesure des répercussions du programme.

Recommandations en matière de vaccin au Canada :

(D^res Theresa Tam et Pamela Orr)

Le CCNI recommande que les programmes de vaccination ciblent les personnes à risque élevé de présenter des complications liées à l'influenza, les personnes en mesure de transmettre l'influenza à celles qui présentent un risque élevé d'avoir des complications et les personnes qui assurent la prestation de services essentiels dans la collectivité, afin de réduire la morbidité et la mortalité associées à l'influenza ainsi que les répercussions de la maladie dans nos collectivités. Il est également recommandé de vacciner les personnes qui sont en contact direct avec de la volaille infectée par le virus de la grippe aviaire pendant les activités d'abattage. De plus, on incite les personnes en bonne santé âgées de 2 à 64 ans à se faire vacciner contre l'influenza⁽⁷⁾.

La controverse entourant la recommandation de vacciner les femmes enceintes en bonne santé a également fait l'objet de discussions. Les CDC recommandent de vacciner les femmes enceintes qui en sont à leur deuxième ou troisième trimestre de grossesse, compte tenu du risque élevé d'hospitalisation, et considèrent que la vaccination est sans danger pendant les trois trimestres de la grossesse. Néanmoins, on propose de procéder à des recherches complémentaires au Canada sur la nécessité et l'innocuité des vaccins contre l'influenza pendant la grossesse.

Outre les recommandations du CCNI, la Conférence canadienne de concertation sur la grippe de 1993 a également établi que « les programmes de vaccinations contre la grippe devraient viser à atteindre une couverture de 100 % des groupes admissibles à la vaccination afin de prévenir la morbidité grave et la mortalité dues à la grippe tant pendant les périodes de pandémies qu'entre ces périodes »⁽⁸⁾. Les cibles

de couverture vaccinale précises établies sont les suivantes : 95 % des résidents des établissements de soins de longue durée et du personnel au plus tard au cours de la saison 1995-1996, 70 % des personnes âgées de ≥ 65 ans d'ici 2000-2001 et 70 % des personnes atteintes de maladies les exposant à un risque élevé d'ici 2000-2001.

En s'appuyant sur les cibles établies en 1993, on a proposé d'autres recommandations en matière de couverture à l'occasion d'une rencontre qui s'est tenue en 2001 sur le rôle des vaccins dans la lutte contre l'influenza. Parmi celles-ci, il y avait la vaccination de 80 % des personnes âgées de ≥ 65 ans, de 80 % des professionnels de la santé et de 100 % des vaccinateurs d'ici 2003 ainsi que de 80 % des contacts familiaux des personnes exposées à un risque élevé d'ici 2005. Il n'existe aucunement aucune recommandation établissant des cibles nationales pour ce qui est de la réduction de l'influenza.

Vaccination au Canada : (D^re Theresa Tam)

La D^re Theresa Tam a examiné les résultats d'un récent sondage mené par l'ASPC sur les programmes de vaccination provinciaux et territoriaux comparativement aux recommandations faites par le CCNI pour ce qui est de la grippe. Douze des 13 administrations proposent des programmes de vaccination antigrippale subventionnés par l'État ciblant les personnes âgées de ≥ 65 ans, les résidents des établissements de soins de longue durée et les personnes âgées de 2 à 64 ans exposées à un risque élevé. Seul l'Ontario propose un programme universel (le Yukon a un « programme universel » pour les personnes âgées de ≥ 18 ans). D'ici 2004-2005, 12 provinces et territoires disposeront de programmes destinés aux enfants âgés de 6 à 23 mois, 10 proposeront des programmes aux professionnels de la santé en contact avec des personnes à risque élevé et sept auront des programmes ciblant les contacts famili-

iaux des personnes exposées à un risque élevé et les services essentiels. Au Canada, environ 10 à 12 millions de doses de vaccin contre l'influenza sont administrées chaque année par les systèmes de santé publiques et privés.

Les résultats de la dernière Enquête nationale sur la vaccination (ENV) portant sur la vaccination des adultes menée en 2001 révèlent que le Canada était près d'atteindre la cible fixée pour ce qui est de la vaccination des personnes âgées, mais se situait en deçà des cibles établies pour les personnes atteintes de maladies chroniques et âgées de 18 à 64 ans. La couverture était d'environ 68 % pour les personnes âgées de ≥ 65 ans, de 50 % pour les professionnels de la santé et de 38 % pour les personnes âgées de 18 à 64 ans atteintes de maladies chroniques. Bien que ces taux aient été variables, les données recueillies dans les provinces et les territoires démontrent une couverture plus élevée auprès du personnel (entre 65 % et 83 %) et des résidents des établissements de soins de longue durée (entre 83 % et 95 %).

Recherche et évaluation des programmes : (D^re Danuta Skowronski)

L'influenza est une maladie non négligeable qui impose un fardeau important à la société canadienne. Elle touche entre 10 % et 20 % de la population au Canada chaque année et s'accompagne d'un taux de mortalité de 90 % chez les personnes âgées et de taux semblables pour ce qui est des hospitalisations chez les bébés et les personnes âgées. Les coûts sociaux varient de 500 \$ millions à 2 \$ milliards par année, comparativement aux coûts des programmes annuels de vaccination s'établissant à plus de 100 \$ millions. Un programme universel à l'échelle nationale coûterait entre 200 \$ et 500 \$ millions par année.

Il est essentiel d'investir dans la recherche sur l'influenza et dans l'évaluation des programmes pour cerner les enjeux actuels et les projets qui réussissent. Il est nécessaire de procéder à une

analyse économique pour documenter les changements apportés aux programmes de vaccination contre l'influenza subventionnés par l'État et il faut évaluer les programmes pour mesurer les avantages directs et indirects qu'ils procurent à la société, sans oublier la rentabilité de la vaccination des groupes cibles proposés par rapport aux buts énoncés. La demande pour ces études se fait de plus en plus urgente, puisqu'on recommande d'administrer le vaccin contre l'influenza à des tranches de plus en plus importantes de la population. Malheureusement, il n'existe actuellement aucun investissement annuel systématique d'origine publique en matière d'évaluation des programmes, lacune que vise à combler l'Initiative pour une évaluation et une gestion dirigée de l'influenza (iEGDI). L'iEGDI est une proposition en faveur de l'élaboration et de l'évaluation stratégiques de programmes de prévention de l'influenza et de lutte contre l'influenza subventionnés par l'État au moyen d'une révision permanente et d'une intégration efficace des données actuellement disponibles couvrant le spectre des recherches appliquées en santé publique.

En ce qui concerne l'établissement de cibles, la mesure des résultats et la prise de décisions éclairées pour ce qui est des programmes portant sur la vaccination contre l'influenza, on a posé les questions suivantes aux participants avant qu'ils soient répartis en groupes de travail :

- Quel degré d'incertitude concernant l'efficacité du vaccin est tolérable quand on étend les programmes pour englober une population allant au delà des personnes exposées à un risque élevé de séquelles graves? Devons nous mieux connaître les bienfaits relatifs d'une année à l'autre? Est-il possible d'évaluer cette composante de façon efficace?
- Comment faut-il évaluer la rentabilité du processus décisionnel autour des pro-

grammes subventionnés par l'État et quelles perspectives faut-il prendre en considération (p. ex., tiers payant ou frais incomptant à la société, au sein de la population ou auprès de chaque clinicien)?

- Est-il pratique d'établir des cibles de réduction de la maladie pour ce qui est de l'influenza?
- Quelles seraient les cibles de couverture vaccinale adaptées pour des groupes précis?
- Que faut-il faire pour mesurer les répercussions des programmes de vaccination antigrippale?
- Quels mécanismes ou stratégies faut-il mettre en place pour atteindre les buts fixés?

La conclusion qui ressort est que l'influenza est une maladie évitable par la vaccination qui soulève des enjeux uniques. C'est une cible mouvante, étant donné la variation annuelle des souches en circulation, leur virulence, l'activité de la maladie et ses répercussions, ce qui souligne l'importance des recherches en cours et l'évaluation des programmes. Pour soutenir et arriver aux résultats voulus, les participants en sont venus à proposer la création d'un institut coordonné et financé par l'administration centrale semblable à l'iEGDI. On a également demandé aux participants de faire une recommandation pour évaluer les programmes antigrippaux existants et proposés.

Buts et recommandations

Les participants ont proposé les recommandations et les buts mis à jour ci-dessous pour ce qui est de la vaccination antigrippale. Le guide de discussion qui a servi aux participants se trouve à l'Annexe B.

But

Le but du programme annuel de vaccination antigrippale est de prévenir la maladie grave

causée par l'influenza et ses complications, y compris la mort.

Discussion : Les participants ont proposé de modifier la formulation du but fixé à l'occasion de la Conférence canadienne de concertation sur la grippe de 1993. Au lieu de mentionner « la morbidité et la mortalité », les participants se sont entendus sur le fait que le but devait mentionner « les complications de l'influenza, y compris la mort ». De plus, au lieu de dire « pendant les périodes de pandémies et entre ces périodes », il faut faire référence au programme antigrippal « annuel ». Les participants ont envisagé de mentionner « les groupes à risque élevé »; cependant, ils ont convenu que cette référence était implicite dans le but fixé et ont suggéré d'aborder la question des populations précises dans une recommandation séparée.

Incidence de la maladie

Recommandation 1

Il faut établir des buts de réduction de la maladie à l'échelle nationale pour l'influenza.

Discussion : Pour l'instant, les participants n'ont pas recommandé de cibles de réduction de la maladie, car elles sont difficiles à atteindre et à mesurer. Ils ont débattu d'enjeux précis notamment la variabilité du virus de l'influenza d'une année à l'autre, la variabilité de la compatibilité du vaccin et des souches en circulation, la variabilité de l'efficacité du vaccin, l'absence d'indicateurs mesurant les répercussions de la maladie ainsi que le peu de recherches et d'évaluations en cours.

Néanmoins, les participants se sont entendus sur le fait que, parallèlement à l'établissement de cibles de couverture vaccinale pour l'influenza et à la réalisation de percées dans le domaine de la recherche et de l'évaluation, il fallait établir des cibles de réduction de la

maladie. Toutefois, aucune date d'échéance n'a été déterminée à cet égard.

Déclaration

L'immunité collective n'est pas reconnue comme un but atteignable à l'heure actuelle.

Discussion : Les participants ont préparé une déclaration selon laquelle, en dehors de milieux restreints, l'immunité collective n'est pas possible au Canada à l'heure actuelle. La variabilité de l'efficacité du vaccin ainsi que les limites pratiques pour atteindre le niveau de couverture nécessaire se trouvent parmi les raisons invoquées. Au lieu de s'efforcer d'atteindre l'immunité collective, les participants ont reconnu que les programmes de vaccination devaient se concentrer sur les groupes à risque élevé. Certains ont exprimé leur inquiétude quant aux répercussions négatives possibles d'une déclaration limitée en matière d'immunité collective dans les provinces et dans les territoires qui proposent déjà ou qui prévoient proposer un programme universel de vaccination antigrippale. Toutefois, la déclaration proposée n'a pas été modifiée.

Couverture vaccinale

Recommandation 2

Il faut maintenir les cibles de couverture vaccinale à l'échelle nationale établies en 2001 jusqu'à ce qu'un groupe de travail soit créé pour mettre à jour les recommandations :

- couverture de 95 % des résidents d'établissements de soins de longue durée et du personnel en contact étroit avec les résidents
- couverture de 80 % des personnes âgées de ≥ 65 ans

- couverture de 80 % des personnes âgées de < 65 ans atteintes de maladies les exposant à un risque élevé
- couverture de 80 % des professionnels de la santé
- couverture de 100 % des vaccinateurs
- couverture de 80 % des contacts familiaux des personnes à risque élevé

Discussion : Les participants ont longuement discuté de l'établissement de cibles en matière de couverture vaccinale et se sont finalement entendus pour maintenir celles qui avaient été établies à l'occasion de la rencontre de 2001 sur le rôle des vaccins dans la lutte contre l'influenza. Ils ont également convenu de créer un groupe de travail pour combler les lacunes et faire des recommandations relatives à la couverture vaccinale et à la mise en œuvre des programmes.

Les inquiétudes des participants à l'égard de l'établissement de cibles portaient sur l'absence actuelle de données scientifiques sur lesquelles fonder ces cibles, l'incapacité à quantifier le « dénominateur » variable des cibles (c.-à-d. le nombre de personnes atteintes de maladies les exposant à un risque élevé), les difficultés à définir les groupes cibles et les problèmes liés à l'évaluation. En outre, la conception et la prestation des programmes vaccinaux varient entre les provinces et les territoires, ce qui a incité les participants à suggérer que des cibles provinciales ou territoriales seraient plus adéquates que des cibles nationales.

Les participants ont mentionné le rôle essentiel des cibles pour permettre la planification des programmes, leur exécution et leur évaluation, défendant ainsi le maintien et la mise à jour des cibles de couverture existantes. Bien que la variation annuelle de l'incidence de l'influenza ainsi que les résultats qui y sont

associées rendent difficile l'établissement de cibles, les participants ont convenu qu'il était impossible de s'en passer.

Pour en arriver aux recommandations proposées, les participants se sont entendus sur le fait que la couverture vaccinale devait être maximale pour les personnes à risque élevé, les contacts familiaux des personnes à risque élevé et les professionnels de la santé. Certaines inquiétudes ont été exprimées quant à la taille possible du groupe des contacts familiaux ainsi qu'à l'absence de données sur l'efficacité de cette stratégie de prévention. Au bout du compte, voici les solutions qui ont été envisagées en matière de couverture : 100 % des vaccinateurs, 95 % des résidents et du personnel des établissements de soins de longue durée et 80 % des personnes âgées de ≥ 65 ans. Bien qu'ils soient une priorité, aucune cible n'a été proposée pour les enfants âgés de 6 à 23 mois et pour les personnes atteintes de maladies respiratoires et cardiovasculaires.

Autres

Recommandation 3

Les gouvernements devraient travailler en collaboration afin d'assurer la disponibilité d'un vaccin sûr et immunogène pour les programmes annuels de vaccination antigrippale.

Discussion : Un mécanisme doit être en place pour garantir l'innocuité des vaccins antigrippaux, compte tenu de leur nature unique (c.-à-d. qu'on produit chaque année un nouveau vaccin dans des délais très courts d'après les meilleures données disponibles). On a suggéré d'évaluer l'innocuité et l'immunogénicité du vaccin annuellement, l'innocuité étant définie comme l'absence de réactions indésirables graves.

Recommandation 4

Les gouvernements devraient travailler en collaboration afin d'offrir efficacement une vaccination antigrippale aux personnes admissibles chaque année.

Discussion : Les participants se sont entendus sur la nécessité de réduire au minimum le fardeau qu'impose l'influenza au système de santé. L'immunogénicité, qui repose sur la mesure des anticorps, ne reflète peut être pas précisément la protection fournie, car elle ne mesure pas la stimulation que procure le vaccin à l'immunité à médiation cellulaire. Il serait plutôt préférable d'établir des systèmes qui évaluent annuellement l'efficacité du vaccin. On pourrait également recourir à de tels systèmes pendant une pandémie.

Recommandation 5

Les gouvernements devraient travailler en collaboration afin d'établir un mécanisme de conception stratégique de programmes de vaccination antigrippale qui intègrent la recherche appliquée en santé publique et

l'évaluation de programmes des éléments suivants :

- la science fondamentale;
- la surveillance;
- l'évaluation des interventions;
- les connaissances, les attitudes et les comportements;
- la modélisation mathématique et économique.

Discussion : Les participants ont recommandé de mettre en place un mécanisme pour évaluer de façon continue les recherches et les programmes relatifs à l'influenza afin d'optimiser l'efficacité et les répercussions des programmes.

Vote

Les participants se sont entendus sur les recommandations et les buts qui suivent pour ce qui est de la lutte contre l'influenza. La recommandation qui a recueilli le moins d'appui est celle portant sur les cibles de réduction de la maladie. De plus, les participants ont fait une déclaration indiquant que « l'immunité collective n'est pas reconnue comme un but atteignable à l'heure actuelle ».

Tableau 5 : Votes sur l'influenza

Buts et recommandations	D'accord	D'accord mais avec des réserves	En désaccord
But Le but du programme annuel de vaccination antigrippale est de prévenir la maladie grave causée par l'influenza et ses complications, y compris la mort.	82 %	9 %	9 %
Incidence de la maladie Recommandation 1 Il faut établir des buts de réduction de la maladie à l'échelle nationale pour l'influenza.	36 %	25 %	38 %
Couverture vaccinale Recommandation 2 Il faut maintenir les cibles de couverture vaccinale à l'échelle nationale établies en 2001 jusqu'à ce qu'un groupe de travail soit créé pour mettre à jour les recommandations :	89 %	9 %	2 %
<ul style="list-style-type: none"> ■ couverture de 95 % des résidents d'établissements de soins de longue durée et du personnel en contact étroit avec les résidents ■ couverture de 80 % des personnes âgées de ≥ 65 ans ■ couverture de 80 % des personnes âgées de < 65 ans atteintes de maladies les exposant à un risque élevé ■ couverture de 80 % des professionnels de la santé ■ couverture de 100 % des vaccinateurs ■ couverture de 80 % des contacts familiaux des personnes à risque élevé 			
Autre Recommandation 3 Les gouvernements devraient travailler en collaboration afin d'assurer la disponibilité d'un vaccin sûr et immunogène pour les programmes annuels de vaccination antigrippale.	85 %	11 %	4 %
Recommandation 4 Les gouvernements devraient travailler en collaboration afin d'offrir efficacement une vaccination antigrippale aux personnes admissibles chaque année.	78 %	15 %	7 %
Recommandation 5 Les gouvernements devraient travailler en collaboration afin d'établir un mécanisme de conception stratégique de programmes de vaccination antigrippale qui intègrent la recherche appliquée en santé publique et l'évaluation de programmes des éléments suivants :	82 %	13 %	5 %
<ul style="list-style-type: none"> ■ la science fondamentale; ■ la surveillance; ■ l'évaluation des interventions; ■ les connaissances, les attitudes et les comportements; ■ la modélisation mathématique et économique. 			

Coqueluche

Contexte

L'objectif de cette séance était de produire des cibles et des recommandations mises à jour en ce qui a trait à la vaccination contre la coqueluche au Canada après avoir examiné les données actuelles ainsi que les recommandations et les cibles établies à l'occasion de la Conférence de concertation sur la coqueluche de 2002. Voici les faits saillants des exposés qui ont été présentés sur la surveillance, l'épidémiologie et l'immunisation relatives à la coqueluche.

Épidémiologie :

(Dr^s Scott Halperin et Shelley Deeks)

Depuis les années 90, l'incidence de la coqueluche a augmenté au Canada, le taux d'incidence le plus élevé ayant été enregistré chez les bébés de < 1 an. De plus, cette maladie est cyclique (tous les 4 ou 5 ans), et sa répartition selon l'âge a changé depuis l'an 2000, les préadolescents (les 10 à 14 ans) remplaçant les enfants d'âge préscolaire comme groupe d'âge enregistrant le deuxième taux d'incidence le plus élevé. L'augmentation de l'incidence peut être artificielle (p. ex., en raison de l'augmentation du signalement, de l'utilisation de nouvelles méthodes diagnostiques comme la réaction en chaîne de la polymérase [PCR], de modifications apportées à la définition des cas) ou réelle (p. ex., à cause de la faible efficacité des vaccins à germe entier, de la diminution de la couverture, d'un affaiblissement de l'immunité, de mutations de souches) ou un mélange des deux.

Vaccination :

(Dr^e Shelley Deeks)

Le vaccin anticoquelucheux a été instauré au Canada en 1943. De 1958 à 1996, toute une gamme de vaccins anticoquelucheux à germe entier combinés ont été autorisés et utilisés dans tout le pays. La plupart du temps, les vaccins anticoquelucheux sont administrés en associa-

tion avec d'autres agents immunisants, notamment avec le vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI), sous forme de vaccin quadrivalent (DCaT VPI) ou pentavalent en ajoutant le vaccin contre *Haemophilus influenzae* de type b (Hib) (DCaT VPI Hib). Compte tenu de la fréquence des réactions indésirables locales et touchant l'ensemble de l'organisme survenant après la vaccination par un vaccin anticoquelucheux à germe entier, des vaccins anticoquelucheux acellulaires, auparavant utilisés au Japon depuis le début des années 70, ont été autorisés au Canada au milieu des années 90. L'avantage du vaccin acellulaire est qu'il provoque moins de réactions indésirables et qu'il produit une efficacité plus importante que le vaccin à germe entier. Il peut être utilisé sans danger chez les adolescents et chez les adultes. Actuellement, le CCNI recommande d'administrer un vaccin anticoquelucheux à 2, à 4, à 6 et à 18 mois, suivi par l'administration d'une dose aux enfants d'âge préscolaire, soit entre 4 et 6 ans, et d'un rappel aux adolescents (entre 14 et 16 ans). On recommande également d'administrer une dose de rappel aux adultes qui n'ont pas été précédemment vaccinés par un vaccin anticoquelucheux acellulaire. Depuis septembre 2004, toutes les provinces et tous les territoires ont mis en œuvre des programmes universels de vaccination destinés aux adolescents consistant en l'administration d'un vaccin anticoquelucheux acellulaire associé au DCaT.

Contrôles selon l'âge : Bien qu'il soit souhaitable que la maladie soit éliminée dans toutes les tranches d'âge, il est peu probable que ce soit réalisable à l'heure actuelle, étant donné la forte prévalence de la coqueluche dans la population et l'immunité limitée dans le temps que permet la vaccination. On a proposé au lieu de procéder à des contrôles selon l'âge chez les nourrissons, les enfants, les adolescents et les adultes en ciblant les lacunes suivantes établies en matière de prévention :

- *Nourrissons* : La morbidité la plus élevée s'observe chez les nourrissons âgés de < 1 an et, presque tous les cas de mortalité associés à la coqueluche se trouvent dans ce groupe. Les nourrissons de < 2 mois ne sont pas efficacement protégés (c.-à-d. que les programmes de vaccination actuels commencent à 2 mois). Les participants ont été invités à se poser les questions suivantes : 1) La vaccination des parents réduirait-elle efficacement la coqueluche chez les nourrissons? 2) La vaccination après l'accouchement permettrait-elle de produire des taux d'anticorps assez rapidement? 3) L'immunisation maternelle procurerait-elle une protection passive aux nourrissons pendant leurs deux premiers mois de vie?
- *Adolescents* : La couverture vaccinale des adolescents va s'améliorer au fil du temps, étant donné la récente mise en œuvre de programmes de vaccination destinés aux adolescents dans toutes les provinces et dans tous les territoires. Les participants ont été invités à se poser les questions suivantes : 1) Les adolescents qui ont reçu toutes les doses de vaccin acellulaire qu'ils devaient recevoir jusqu'à l'âge préscolaire ont-ils besoin d'un rappel de DCaT? 2) Quelle est la durée de la protection après l'administration des cinq doses de vaccin acellulaire prévues jusqu'à l'âge préscolaire? 3) Quelle est la durée de la protection du vaccin anticoquelucheux acellulaire administré aux adolescents? 4) Quel est le meilleur moment pour faire un rappel?
- *Adultes* : La vaccination des adultes se trouve amoindrie par un manque de sensibilisation des professionnels de la santé relativement à l'importance de la vaccination des adultes et limitée par les inquiétudes connexes et celles associées à la vaccination pendant la grossesse. Vacciner

tous les adultes (les participants ont fait remarquer qu'aucun pays ne dispose d'un programme universel de vaccination des adultes) ou cibler les adultes qui sont en contact étroit avec des enfants sont les deux stratégies qui ont été suggérées. Les participants ont été invités à se poser les questions suivantes : 1) La maladie est-elle plus grave selon l'âge chez les adultes? 2) Y a-t-il des populations spéciales qui sont exposées à un risque plus élevé de contracter la coqueluche? 3) Quel est l'intervalle approprié pour la vaccination des adultes? 4) Quels sont les coûts comparativement aux avantages des diverses stratégies en matière de vaccination des adultes?

Coûts avantages de la vaccination :

(D^r Gaston De Serres)

Les analyses économiques menées en Ontario et au Québec laissent croire que le coût de la vaccination anticoquelucheuse est élevé pour chacun des cas évités. Néanmoins, si les coûts que doit supporter la société avaient été pris en considération dans ces études (p. ex., coûts des soins à domicile, jours de travail perdus), le rapport coûts avantages de la vaccination anticoquelucheuse aurait été légèrement meilleur.

Surveillance :

(D^r Shelley Deeks)

La coqueluche est une maladie à déclaration nationale obligatoire et le signalement volontaire se fait à l'échelle du pays. Néanmoins, l'analyse des données par âge se trouve freinée par les pratiques de signalement non normalisées (c.-à-d. données d'ensemble comparativement au cas par cas). Les activités de surveillance se trouvent également compliquées par des problèmes relatifs au sous diagnostic de la coqueluche chez les adolescents et chez les adultes, à l'évaluation de la couverture vaccinale chez les adultes, à l'absence de réseau national de registres de vac-

cination destinés à recueillir les données sur la vaccination et sur le stade de la maladie et aux répercussions des améliorations des diagnostics ou des diagnostics concernant les cas signalés.

Diagnostic de laboratoire :

(D^r Mark Peppler)

Le D^r Mark Peppler a examiné les buts pour ce qui est du diagnostic de laboratoire avancé à l'occasion de la Conférence de concertation sur la coqueluche de 2002. Cela comprend ce qui suit 1) la PCR devrait constituer la norme dia-gnostique d'ici 3 ans; 2) il faut établir un système pour mesurer le rendement sélectif du typage des souches de culture et pour déterminer de nouvelles souches; 3) il est nécessaire de soutenir la détermination de critères de diagnostic sérologique; 4) les sérums et les antigènes de référence à l'échelle internationale doivent être accessibles; 5) il faut organiser une conférence internationale de concertation sur les méthodes diagnostiques.

En l'absence d'une structure de travail nationale, les projets entrepris pour soutenir ces buts l'ont été de façon volontaire et aléatoire. Les participants ont suggéré que les buts fixés en 2002 pour ce qui est du diagnostic de laboratoire soient intégrés dans les buts mis à jour concernant la réduction de la coqueluche en ajoutant une recommandation selon laquelle des programmes d'assurance de la qualité doivent être mis en place.

Discussion

Tenant compte des données présentées, les participants ont fait ressortir les enjeux suivants relativement à l'élaboration de recommandations et de cibles mises à jour pour ce qui est de la maîtrise de la coqueluche. Le guide de discussion qui a servi aux participants se trouve à l'Annexe B.

Diagnostic de laboratoire : Les participants en sont arrivés à la conclusion que les enjeux relatifs aux laboratoires n'avaient pas été ciblés au moment des discussions et que, par conséquent, il ne fallait

pas en parler dans le cadre des recommandations découlant de la conférence de concertation de 2005. Cependant, vu l'importance des enjeux soulevés, les participants se sont entendus pour produire une ébauche de déclaration à l'intention du CCI et du Réseau des laboratoires de santé publique du Canada (RLSPC) recommandant que le diagnostic de laboratoire pour la coqueluche soit examiné dès que possible et qu'une stratégie nationale soit élaborée à cet égard.

Équité en matière de couverture : Les participants se sont interrogés sur les liens pouvant exister entre le statut socioéconomique, l'incidence de la coqueluche et l'accès aux programmes de prévention et de vaccination au Canada. Ils ont envisagé d'organiser des activités ciblées pour mieux joindre les populations dont la couverture vaccinale est inférieure à la moyenne (p. ex., les Premières nations). Les participants se sont entendus pour proposer un but commun à toutes les recommandations concernant la coqueluche : celui d'offrir un accès égal pour tous les groupes d'âge et tous les groupes socioéconomiques. Il a également été question de l'importance de recueillir davantage de données et de meilleures données (c.-à-d. des données au cas par cas et non des données d'ensemble) sur les éclosions de coqueluche pour contribuer à déterminer et à atteindre les populations qui ont des besoins élevés.

Hospitalisations : Les participants se sont entendus sur le fait qu'une couverture vaccinale accrue devait faire diminuer le nombre d'hospitalisations, éliminant ainsi le besoin d'établir comme cible la réduction des hospitalisations.

Définition de buts : Les participants ont reconnu que, bien que l'élimination de la coqueluche soit souhaitable, ce n'était pas une recommandation réaliste à ce moment là. Les recommandations doivent plutôt cibler la réduction de la maladie pour toutes les tranches d'âge. Les participants se sont également entendus sur le fait que des cibles relatives, par opposition aux cibles proportion-

nelles, conviendraient pour toutes les recommandations sur la coqueluche, étant donné les enjeux actuels liés au diagnostic et à la surveillance.

Buts et recommandations

D'après les recommandations et les cibles présentées dans le guide de discussion sur la coqueluche (Annexe B), les participants ont appuyé les recommandations et les buts suivants pour ce qui est de la lutte contre la coqueluche au Canada.

But (proposé)

Réduire l'incidence de la maladie par la vaccination systématique et améliorer l'accès à la vaccination pour les populations où la couverture est faible.

Justification : L'élimination de la maladie n'est pas un but réaliste en ce moment. Il faut accroître la sensibilisation à la vaccination des adultes, car la protection que procure la vaccination contre la coqueluche n'est pas permanente. Le rapport coûts avantages de la vaccination demeure élevé.

Incidence de la maladie

Recommandation 1

Atteindre une réduction soutenue de l'incidence signalée de la coqueluche chez les personnes âgées de 10 à 19 ans pour qu'elle se trouve au moins au même niveau que chez les personnes âgées de 1 à 4 ans d'ici 2010.

Justification : La tranche d'âge des 10 à 14 ans occupe la deuxième place pour ce qui est du taux le plus élevé de coqueluche au Canada, ce qui, par conséquent, justifie le ciblage. Le but recommandé est atteignable, étant donné la mise en place de programmes universels de vaccination pour les adolescents dans toutes les provinces et dans tous les territoires.

Recommandation 2

Réduire l'incidence signalée de la coqueluche chez les personnes âgées de 30 à 39 ans au même niveau que chez les personnes âgées de 20 à 29 ans et de 40 à 59 ans d'ici 2015.

Justification : On peut observer un taux d'incidence élevé chez les adultes en âge d'être parents (c.-à-d. âgés de 30 à 39 ans). On s'attend à ce que le fait de cibler cette tranche d'âge abaisse l'incidence de la maladie chez les adultes en général. Ensuite, d'autres sous populations d'adultes pourront être ciblées. Il est possible que la conséquence soit une diminution de l'incidence chez les populations plus jeunes (c.-à-d. chez les descendants). Néanmoins, il faut vacciner les adultes pour leur propre bien. L'année 2015 est une date d'échéance plus réaliste pour atteindre le but proposé, bien que l'on s'attende à enregistrer des diminutions considérables d'ici la fin de 2010.

Enjeux : Les participants ont exprimé leurs inquiétudes dans le cadre des groupes de travail et de la séance plénière relativement à la pertinence et à la nécessité de cibler une sous population d'adultes, certains suggérant que la recommandation cible les adultes de tous âges. On s'est également interrogé sur la possible existence d'une justification secondaire liée à la protection des enfants, point de vue qui n'a pas été validé, ainsi que sur la faisabilité de la mise en œuvre de la recommandation proposée à l'échelle provinciale et territoriale.

Couverture vaccinale

Recommandation 3

Atteindre et maintenir une couverture vaccinale adaptée à l'âge de 95 % pour le vaccin anticoquelucheux acellulaire chez les nourrissons au plus tard à l'âge de 3 mois (première dose) d'ici 2010.

Justification : L'administration opportune d'une première dose de vaccin anticoquelucheux acellulaire est essentielle pour réduire la maladie et la mort chez les nourrissons.

Enjeux : Il sera difficile d'évaluer le degré de vaccination dans ce groupe d'âge. De plus, l'âge de 3 mois n'est pas un seuil habituel pour mesurer la couverture.

Recommandation 4

Atteindre et maintenir une couverture vaccinale adaptée à l'âge de 95 % pour le vaccin anticoquelucheux acellulaire chez les nourrissons avant à l'âge de 7 mois (3 doses) d'ici 2010.

Justification : Les trois premières doses de vaccin anticoquelucheux acellulaire sont les plus importantes pour réduire la mortalité infantile et le taux d'hospitalisation. Si l'on se concentre sur l'administration des trois premières doses, les résultats devraient être meilleurs qu'avec la cible de couverture type visant l'âge de 2 ans.

Enjeux : Les participants se sont interrogés sur la pertinence d'éliminer la cible de couverture de 2 ans des recommandations sur la coqueluche. Bien que la couverture soit déjà mesurée avant le 2^e anniversaire (c.-à-d. l'âge auquel on vérifie la couverture pour ce qui est de la diphtérie, du tétanos et de la poliomyélite), peu importe le moment où la vaccination a lieu, les participants se sont entendus pour ajouter une recommandation qui ren-

force la cible de couverture de 2 ans pour la coqueluche.

Recommandation 5

Atteindre et maintenir une couverture vaccinale adaptée à l'âge de 95 % pour le vaccin anticoquelucheux acellulaire chez les enfants avant leur 2^e anniversaire (4 doses) d'ici 2010.

Justification : Suite aux discussions qui ont conduit à l'élaboration de la recommandation 5, la cible de couverture de 2 ans convient pour la coqueluche, car la couverture est habituellement mesurée avant le 2^e anniversaire. Néanmoins, il faudra toujours mettre l'accent sur la surveillance de l'administration des trois premières doses.

Recommandation 6

Atteindre et maintenir une couverture vaccinale adaptée à l'âge de 95 % pour le vaccin anticoquelucheux acellulaire chez les enfants avant leur 7^e anniversaire (5 doses) d'ici 2010.

Justification : La cible s'appuie sur la proposition d'administrer les trois premières doses du vaccin anticoquelucheux avant l'âge de 7 mois et la quatrième dose, du vaccin anticoquelucheux acellulaire, avant l'âge de 2 ans.

Recommandation 7

Atteindre et maintenir une couverture vaccinale adaptée à l'âge de 85 % pour le vaccin DCaT chez les adolescents avant leur 18^e anniversaire d'ici 2010.

Justification : Il est important de mesurer la première série de vaccination et les rappels. Étant donné la limite d'âge pour ce qui est des programmes de surveillance scolaire et le passage de l'adolescence à l'âge adulte, 18 ans est un âge raisonnable pour s'assurer que les adolescents sont vaccinés. La cible de 85 % tient compte du fait qu'il est plus difficile de

rejoindre les adolescents que les enfants plus jeunes.

Recommandation 8

Les provinces et les territoires doivent remplacer le vaccin dT par le vaccin dcaT au sein de la population adulte d'ici 2010.

Justification : L'absence de programmes provinciaux et territoriaux pour les adultes rend irréaliste l'établissement de cibles de couverture pour les adultes. Il est plus faisable de remplacer les rappels de dT par des rappels de dcaT pour combler les besoins des adultes en matière de vaccination.

Enjeux : Les participants se sont inquiétés du fait que le changement proposé conduise à ce que les adultes reçoivent davantage d'antigènes qu'ils en ont besoin. Étant donné que les recommandations du CCNI autorisent une dose de vaccin dcaT pour les adultes, offrir plus d'une dose peut semer la confusion. La pertinence et la faisabilité de cibler les adultes (par rapport aux enfants et aux adolescents) ont également été remises en question, nonobstant la conclusion de la conférence de concertation de 2002 voulant que les adultes doivent être vaccinés pour leur propre bien.

Autres

Recommandation 9

Réduire le nombre de décès attribuables à la coqueluche à zéro au sein de la population cible des nourrissons âgés de ≤ 3 mois d'ici 2010.

Justification : Actuellement, la plupart des décès surviennent chez les nourrissons qui sont trop jeunes pour être vaccinés (c.-à-d. âgés de

≤ 3 mois). Les participants ont considéré que le fait de se concentrer sur l'administration opportune d'une première dose ainsi que sur l'administration des doses suivantes et des rappels au sein des populations plus âgées était essentiel pour atteindre le but proposé.

Enjeux : Il sera difficile d'évaluer le taux de mortalité dans ce groupe d'âge. En outre, 3 mois n'est pas un âge habituel pour mesurer la couverture vaccinale.

Recommandation 10

Le Réseau des laboratoires de santé publique du Canada doit réaffirmer les recommandations relatives aux laboratoires faites à l'occasion de la Conférence de concertation sur la coqueluche de 2002.

Justification : Il est nécessaire d'adopter des normes pour régler le problème des écarts dans les analyses diagnostiques provinciales et territoriales et faire avancer les méthodes diagnostiques au Canada.

Vote

Les participants ont examiné un total de 10 recommandations concernant la lutte contre la coqueluche, obtenant consensus sur huit d'entre elles, dont la Recommandation 5 récemment ajoutée. Ils ne sont pas parvenus à un consensus sur les Recommandations 2 et 8 après des discussions prolongées et un deuxième vote (voir V1 et V2 pour les votes 1 et 2). Les participants se sont entendus sur le fait que les enjeux soulevés dans le cadre du groupe de travail et de la séance plénière relativement aux Recommandations 2 et 8 devraient faire l'objet d'un examen par le CCI quand il procédera à l'étude des recommandations provenant de la conférence de concertation.

Tableau 6 : Votes sur la coqueluche

Buts et recommandations	D'accord	D'accord mais avec des réserves	En désaccord			
But (proposé)						
Réduire l'incidence de la maladie par la vaccination systématique et améliorer l'accès à la vaccination pour les populations où la couverture est faible. (Proposé par le CCI)						
Incidence de la maladie						
Recommandation 1	89 %	9 %	2 %			
Atteindre une réduction soutenue de l'incidence signalée de la coqueluche chez les personnes âgées de 10 à 19 ans pour qu'elle se trouve au moins au même niveau que chez les personnes âgées de 1 à 4 ans d'ici 2010.	V1 56 %	V2 42 %	V1 28 %	V2 27 %	V1 16 %	V2 31 %
Recommandation 2						
Réduire l'incidence signalée de la coqueluche chez les personnes âgées de 30 à 39 ans au même niveau que chez les personnes âgées de 20 à 29 ans et de 40 à 59 ans d'ici 2015.						
Couverture vaccinale						
Recommandation 3	82 %	14 %	4 %			
Atteindre et maintenir une couverture vaccinale adaptée à l'âge de 95 % pour le vaccin anticoquelucheux acellulaire chez les nourrissons au plus tard à 3 mois (première dose) d'ici 2010.						
Recommandation 4	77 %	20 %	3 %			
Atteindre et maintenir une couverture vaccinale adaptée à l'âge de 95 % pour le vaccin anticoquelucheux acellulaire chez les nourrissons avant l'âge de 7 mois (trois doses) d'ici 2010.						
Recommandation 5	88 %	12 %	0 %			
Atteindre et maintenir une couverture vaccinale adaptée à l'âge de 95 % pour le vaccin anticoquelucheux acellulaire chez les enfants avant leur 2 ^e anniversaire (quatre doses) d'ici 2010.						
Recommandation 6	84 %	16 %	0 %			
Atteindre et maintenir une couverture vaccinale adaptée à l'âge de 95 % pour le vaccin anticoquelucheux acellulaire chez les enfants avant leur 7 ^e anniversaire (cinq doses) d'ici 2010.						
Recommandation 7	95 %	3 %	2 %			
Atteindre et maintenir une couverture vaccinale adaptée à l'âge de 85 % pour le vaccin DCaT chez les adolescents avant leur 18 ^e anniversaire d'ici 2010.						
Recommandation 8	V1 46 %	V2 39 %	V1 31 %	V2 26 %	V1 23 %	V2 35 %
Les provinces et les territoires doivent remplacer le vaccin dT par le vaccin dcaT au sein de la population adulte d'ici 2010.						
Autre						
Recommandation 9	83 %	13 %	4 %			
Réduire le nombre de décès attribuables à la coqueluche à zéro au sein de la population cible des nourrissons âgés de ≤ 3 mois d'ici 2010.						
Recommandation 10	82 %	11 %	7 %			
Le Réseau des laboratoires de santé publique du Canada doit réaffirmer les recommandations relatives aux laboratoires faites à l'occasion de la Conférence de concertation sur la coqueluche de 2002.						
Déclaration au CCI et au RLSPC						
Pour permettre la surveillance précise des progrès réalisés dans l'atteinte des buts nationaux relatifs à la coqueluche, il est nécessaire de mettre en place des mécanismes pour améliorer et normaliser les méthodes utilisées par les laboratoires pour le diagnostic de la coqueluche au Canada. Compte tenu des délais réalistes pour le faire et du court laps de temps (5 ans) pour atteindre les buts de réduction de la maladie, il faut envisager de créer un mécanisme pour la collecte et l'entreposage immédiat des échantillons (cultures, sécrétions nasopharyngées, sérum), en vue de mesurer rétrospectivement les progrès faits dans l'atteinte des buts de réduction de la maladie.						

Résumé de l'évaluation

Les participants ont été invités à faire des commentaires sur la conférence de concertation de 2005 pour contribuer à la planification de rencontres futures consacrées à l'élaboration de recommandations et de buts nationaux en matière de vaccination. Les formulaires d'évaluation que les participants ont remplis ont fait ressortir les principales observations qui sont présentées ci dessous et le tableau 7 présente les évaluations qui ont été faites sur des éléments précis de la conférence.

Renseignements à l'appui

Les participants ont été invités à commenter la pertinence des renseignements et des exposés destinés à soutenir les discussions et le processus décisionnel en séance plénière et dans les groupes de travail (questions 1 à 3 du tableau 7). Les répondants ont estimé que les documents de la conférence présentaient des renseignements intéressants, mais qu'ils auraient dû être distribués bien avant la rencontre (p. ex., au moins 1 semaine avant). Les guides de discussion fournis aux groupes de travail ont également été jugés utiles. Il a été suggéré que tous les participants auraient pu tirer avantage de disposer des renseignements propres à d'autres groupes de travail en plus de ceux concernant le leur, notamment dans le cas de maladies plus complexes (p. ex., l'influenza).

Les exposés présentés à la fois en séance plénière et devant les groupes de travail ont été bien reçus. Plusieurs participants ont proposé de distribuer des copies des exposés pendant la conférence. Un autre participant a suggéré que, compte tenu des contraintes de temps, les principaux enjeux pour chaque maladie soient clairement identifiés afin de faciliter la discussion et le processus

décisionnel. Il est apparu que l'expérience des É.-U. et d'autres pays était enrichissante, ce qui a fait ressortir la nécessité de mesurer les coûts par rapport aux avantages d'inviter des experts venant de l'extérieur.

Présentation et portée

De façon générale, les participants ont estimé qu'il aurait fallu accorder davantage de temps aux discussions et au processus décisionnel en groupes de travail, 58 % des répondants seulement étant satisfaits ou très satisfaits du temps alloué à cette fin. Le groupe de travail sur l'influenza a subi une pression particulière pour traiter tout l'ordre du jour dans les délais impartis, ce qui a fait dire à plus d'un participant qu'à l'avenir il serait nécessaire de prévoir une journée complète pour les délibérations des groupes de travail.

Un certain nombre de participants ont estimé que les conférences de concertation futures devraient se concentrer sur moins de maladies afin de donner suffisamment de temps pour étudier les données disponibles et prendre les décisions. Dans certains cas, il pourrait être pertinent de consacrer une conférence entière à une seule maladie, l'influenza en constituant le principal exemple. Pour poursuivre sur ce sujet, le caractère unique de l'influenza est fortement ressorti ainsi que les difficultés de tenir compte de cette composante et des autres maladies de façon concomitante.

Enfin, les participants ont proposé de charger le CCI d'établir les critères permettant de sélectionner les MEV ainsi que leur nombre pour les conférences de concertation futures, sachant qu'il faudrait envisager de prendre à cette occasion des décisions sur les programmes de vaccination

(p. ex., multivalents), les répercussions sur la population et les nouveaux vaccins.

Processus

Les participants ont apprécié le processus qui a permis de parvenir au consensus et de voter les recommandations et les buts proposés.

Néanmoins, dans la lignée des commentaires précédents, certains participants ont estimé qu'il aurait fallu accorder davantage de temps pour présenter les résultats des groupes de travail en séance plénière et en discuter. Il faudrait établir clairement le processus régissant le deuxième vote.

Pour ce qui est du processus de détermination des buts, on a invité les organisateurs des conférences de concertation futures à énoncer à l'avance si les participants devraient proposer des buts « idéaux » ou « pratiques ». De plus, avant d'établir l'ordre du jour de la conférence, il faudrait que les priorités pour fixer des buts et que les sujets proposés soient choisis de concert par le CCNI et d'autres intervenants.

Dans l'ensemble, les participants ont réagi favorablement à la conférence de concertation de 2005, ceux ayant rempli les formulaires d'évaluation accordant une note moyenne favorable de > 80 %. Les opinions appuient l'organisation de conférences de concertation futures. Les participants ont jugé que le forum inaugural était très bien organisé et s'était très bien déroulé, qu'il avait été enrichissant et qu'il avait constitué un cadre efficace pour favoriser les discussions et la prise de décisions sur les recommandations et les buts concernant les MEV. En plus de faire ressortir les améliorations à apporter dans le domaine des renseignements à l'appui, de la présentation et de la portée ainsi que du processus, les participants ont exprimé leurs doutes quant à la qualité de la traduction simultanée et aux tâches redondantes des personnes chargées de prendre des notes et des rapporteurs membres du personnel.

Conclusion

En conclusion, un certain nombre de participants ont souligné l'importance de continuer sur la lancée de la conférence, plus particulièrement en s'assurant que les recommandations soient rapidement mises en œuvre par les autorités de santé publique. Les participants ont également suggéré de revoir l'infrastructure provinciale et territoriale pour faire ressortir les besoins ou les lacunes en ce qui a trait à la mise en œuvre des recommandations et des buts. Pour garantir le recours à des pratiques exemplaires, on a résumé les rapports d'évaluation et on procédera à un exercice des « leçons tirées » avant d'organiser les prochaines conférences.

En dépit des limites actuelles, il y a des avantages très nets à élaborer des recommandations et des buts nationaux pour les maladies évitables par la vaccination. Comme les provinces et les territoires tendent à la réalisation de la vision nationale, leurs programmes de vaccination s'amélioreront invariablement et une meilleure couverture en résultera. À leur tour, ces améliorations permettront de justifier les fonds supplémentaires accordés à leurs programmes de vaccination. En outre, le fait d'établir des recommandations et des buts nationaux fournit une méthode de responsabilisation à l'échelle provinciale et territoriale. Enfin, les recommandations et les buts issus de la CNC MEV 2005 ne doivent pas obligatoirement être appliqués par les provinces et les territoires. Pour les membres du Réseau pancanadien de santé publique ainsi que pour les partenaires provinciaux et territoriaux, c'est l'occasion d'établir les fondements permettant d'entamer des discussions qui conduiront à l'adoption et à la mise en œuvre de buts à l'échelle des administrations. Bien que les programmes et les objectifs puissent encore varier à l'issue de ce processus, ils seront toutefois désormais guidés par une vision commune.

Les recommandations et les buts nationaux découlant de la conférence de concertation de

2005 feront l'objet d'une réévaluation en 2010 et il est prévu que les conférences de concertation futures permettront de réviser, d'élaborer et de mettre à jour les recommandations et les buts nationaux en matière de couverture vaccinale et de réduction de la maladie pour les maladies évitables par la vaccination restantes.

Bibliographie

1. *Global Immunization Vision and Strategy (2006-2015)*, Division of Immunization Vaccines and Biologics, OMS, et Programme Division, Health Section, UNICEF, http://www.who.int/vaccines-documents/DocsPDF05/GIVS_Final_EN.pdf (en anglais seulement).
2. 44^e Conseil directeur de l'OPS OMS, 55^e session du Comité régional, résolution CD44.R1, *Sustaining Immunization Program - Elimination of rubella and congenital rubella syndrome (CRS)*. 22 au 26 septembre 2003.
3. Processus pour établir et mettre en œuvre des recommandations et des buts nationaux concernant les maladies évitables par la vaccination dans le cadre de la Stratégie nationale d'immunisation.
4. *Healthy People 2010*, US Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion, http://www.healthypeople.gov/Document/html/uih/uih_4.htm#immuniz (en anglais seulement).
5. Comité consultatif national de l'immunisation. *Mise à jour de la déclaration du CCNI sur le vaccin antivaricelleux*. RMTC 2002; 28(DCC-3):1-8.
6. *Conférence canadienne de concertation sur la prévention des pneumococcies*, du 16 au 18 février 1998. RMTC 1999;25(4):25-35.
7. Comité consultatif national de l'immunisation. *Déclaration sur la vaccination antigrippale pour la saison 2005-2006*. RMTC 2005;31(DCC-6):1-32.
8. *Conférence canadienne de concertation sur la grippe*. 1993;19(17):136-46.

Il existe une bibliographie complète des articles de référence et des documents issus de la conférence qui est disponible sur CD ROM. Pour l'obtenir, il suffit d'envoyer une demande à l'adresse suivante : programs_irid-dii@phac-aspc.gc.ca

Annexe A

Abréviations

Acronym	Title
ACIP	Advisory Committee on Immunization Programs (É.-U.)
CDC	Centres for Disease Control and Prevention (É.-U.)
GECMT	Groupe d'experts en contrôle des maladies transmissibles
RCMT	Réseau de contrôle des maladies transmissibles
CCI	Comité canadien sur l'immunisation
SCP	Société canadienne de pédiatrie
SRC	Syndrome de rubéole congénitale
SVC	Syndrome de varicelle congénitale
dcaT	Vaccin contre le téтанos, la diphtérie et la coqueluche acellulaire (adultes)
dcaT VPI	Vaccin contre le téтанos, la diphtérie et le virus de la polio inactivé
FPT	Fédéral, provincial, territorial
SC	Santé Canada
VIH sida	Virus de l'immunodéficience humaine syndrome de l'immunodéficience acquise
iEGDI	Initiative pour une évaluation et une gestion dirigée de l'influenza
IgM	Immunoglobuline M
IIM	Infections invasives à méningocoque
IgG	Immunoglobuline G
IMPACT	Programme canadien de surveillance active de l'immunisation
IIP	Infections invasives à pneumocoque
VPI	Vaccin antipoliomyélitique inactivé
Men-C-C	Vaccin conjugué contre le méningocoque du groupe C
MscS	Maîtrise en sciences de la santé
Msc	Maîtrise en sciences
CCNI	Comité consultatif national de l'immunisation (Canada)
CNC MEV	Conférence nationale de concertation sur les maladies évitables par la vaccination
NCS	National Centre for Streptococcus (Alberta, Canada)

Acronym	Title
ENV	Enquête nationale sur la vaccination
SNI	Stratégie nationale d'immunisation
<i>N. meningitidis</i>	<i>Neisseria meningitidis</i>
LNM	Laboratoire national de microbiologie
OPS	Organisation panaméricaine de la Santé
PCR	Réaction en chaîne de la polymérase
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
Pneu-C-7	Vaccin conjugué antipneumococcique heptavalent
Pneu-P-23	Vaccin polysaccharidique antipneumococcique polyvalent (23 valent)
dT	Vaccin contre le tétanos et la diphtérie (adultes)
É.-U.	États-Unis
VVZ	Virus varicelle zona
OMS	Organisation mondiale de la Santé

Annexe B

Guides de discussion

Buts et objectifs pour la conférence nationale de concertation sur les maladies évitables par la vaccination 2005 (BOCNC MEV)

Guide de discussion sur la rubéole

Cibles et objectifs initiaux

Conférence de concertation de 1994*

But : Éliminer l'infection de la rubéole indigène pendant la grossesse et prévenir ainsi les anomalies foetales, le syndrome de rubéole congénitale (SRC) ainsi que d'autres conséquences négatives de l'infection d'ici l'an 2000.

Cibles

Couverture vaccinale

- Atteindre et maintenir une couverture vaccinale de 97 % chez les enfants âgés de 2 ans d'ici 1997.
- Atteindre et maintenir une couverture vaccinale adaptée à l'âge de 99 % à l'entrée à l'école d'ici 1997.
- Atteindre et maintenir une couverture vaccinale adaptée à l'âge de 99 % chez les 14 à 15 ans d'ici 1997.

Vaccination des femmes

- Procéder à une sérologie ou obtenir la date de vaccination de TOUTES les femmes enceintes qui se présentent en consultation prénatale pour la réceptivité à la rubéole d'ici 1995.
- Atteindre et maintenir une vaccination contre la rubéole après l'accouchement de 99 % chez toutes les femmes à risque avant l'obtention de leur congé de l'hôpital d'ici 1995.
- S'assurer que toutes les femmes en âge de procréer peuvent prouver qu'elles ont été vaccinées contre la rubéole et que, dans le cas contraire, elles se voient offrir le vaccin contre la rubéole pour abaisser le taux de femmes primigestes chez qui le dépistage de la rubéole se révèle négatif à < 4 % d'ici 1997.
- S'assurer que tous les vaccins administrés ont été transportés, entreposés et acheminés de façon adéquate.

* Conférence de concertation sur les oreillons et la rubéole, 1994, OPS OMS, 44^e Conseil directeur, 55^e session du Comité régional, septembre 2003.

Revoir l'objectif et toutes les cibles en 1997

Cibles et objectifs révisés

Contexte : Adopter la recommandation de l'OMS OPS d'établir le but de l'élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale des Amériques d'ici 2010.

Conférence de concertation de 2005

But : Établir le but de l'élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale au Canada d'ici 2010.

Cibles

Couverture vaccinale

- Atteindre et maintenir une couverture de 97 % pour le vaccin antirubéoleux à une dose chez les enfants âgés de 2 ans d'ici 2010.
- Atteindre et maintenir une couverture de 97 % pour le vaccin antirubéoleux à deux doses chez les enfants en âge d'aller à l'école d'ici 2010.
- Atteindre et maintenir une couverture vaccinale adaptée à l'âge de 97 % chez les 8 à 16 ans d'ici 2010.

Vaccination des femmes

- Procéder à une sérologie ou obtenir la date de vaccination de TOUTES les femmes enceintes qui se présentent en consultation prénatale pour la réceptivité à la rubéole d'ici 2010.
- Atteindre et maintenir une vaccination contre la rubéole après l'accouchement de 99 % chez toutes les femmes à risque avant l'obtention de leur congé de l'hôpital d'ici 2010.
- S'assurer que toutes les femmes en âge de procréer peuvent prouver qu'elles ont été vaccinées contre la rubéole et que, dans le cas contraire, elles se voient offrir le vaccin contre la rubéole pour abaisser le taux de femmes primigestes chez qui le dépistage de la rubéole se révèle négatif à < 4 % d'ici 2010.
- S'assurer que tous les vaccins administrés ont été transportés, entreposés et acheminés de façon adéquate.
- Revoir l'objectif et toutes les cibles en 2010.

Buts et objectifs pour la conférence nationale de concertation sur les maladies évitables par la vaccination 2005 (BOCNC MEV)

Guide de discussion sur la varicelle

Cibles et objectifs de 1999*

VVZ = Virus Varicelle Zona

Conférence nationale de concertation sur la varicelle (CNCV)

Réduction de la maladie

- D'ici 2005, un forum FPT devra établir des buts de réduction de la morbidité associée au VVZ.

Couverture vaccinale

Il faut proposer la vaccination aux personnes à risque dans les groupes suivants, par ordre décroissant de priorité : professionnels de la santé et autres groupes particuliers, certains groupes choisis de personnes immunodéprimées, préadolescents au moment où d'autres programmes de vaccination étaient en place, enfants âgés de 1 an, rattrapage pour le groupe constitué des enfants de 1 an jusqu'aux préadolescents et autres adultes.

- **D'ici 2003**, 100 % des professionnels de la santé devront avoir passé un dépistage sérologique de la varicelle ayant produit des résultats positifs ou disposer d'antécédents fiables concernant la maladie ou de documents attestant la vaccination contre la

varicelle ou une contre indication médicale acceptable à la vaccination contre la varicelle.

- **D'ici 2005**, toutes les provinces et tous les territoires devront offrir un programme de vaccination systématique contre la varicelle pour les enfants et devront avoir lancé et mené à bien des programmes de rattrapage pour les enfants à risque de < 13 ans.
- La première vaccination des enfants âgés de < 13 ans doit se faire par l'administration d'un vaccin à une dose, l'évaluation de cette politique fondée sur les résultats étant en cours.
- Il ne devrait y avoir aucune dose de rappel, de plus amples recherches étant en cours pour mesurer la nécessité et le moment opportun pour un rappel permettant de prévenir la varicelle et le zona.
- **D'ici 2010**, les cibles de couverture vaccinale de la varicelle devront être liées aux cibles de couverture vaccinale de la rougeole** et devront être atteintes avant le 2^e anniversaire et le 7^e anniversaire.

* Travaux de la Conférence nationale de concertation sur la varicelle, Montréal (Québec), du 5 au 7 mai 1999
RMTC supplément, volume 2555, août 1999.

** Remarque : Les cibles de couverture votées étaient de 95 % et de 97 % avant le 2^e et le 7^e anniversaires, respectivement. Cependant, les discussions portaient sur le fait de lier les cibles de couverture vaccinale de la varicelle à celles de la rougeole, établies à 97 % et à 99 %, respectivement. Il faut tenir compte des cibles actuelles concernant la rougeole pour la mise en œuvre et l'évaluation du programme.

Questions à débattre pour prendre des décisions fondées sur les faits

Résumer les recommandations du CCNI pour le vaccin contre la varicelle.

- Résumer les programmes de vaccination contre la varicelle en vigueur au Canada ainsi que tout autre programme international.
- Dans quelle mesure le fardeau de la maladie* pour ce qui est de la varicelle (V) ou du zona (Z) a-t-il été modifié depuis l'instauration du programme universel de vaccination PT?
- Les données de surveillance épidémiologiques reflètent-elles de façon précise le fardeau de la maladie? Les augmentations sont-elles artificielles (analyses de laboratoire, diagnostic accru) ou réelles? Y a-t-il un groupe d'âge où la maladie est systématiquement sous diagnostiquée (p. ex., les adolescents et les adultes)?
- Y a-t-il eu des réactions indésirables inattendues associées à la vaccination contre la varicelle?
- Existe-t-il des preuves d'atténuation de l'immunité? Envisager la nécessité de mettre en place des programmes de rappel.

À propos de l'expérience des É.-U. et des leçons qui en ont été tirées

- **Résumer la couverture vaccinale ainsi que le taux d'incidence de la varicelle (V) et du zona (Z) aux É.-U. depuis l'instauration du programme universel de vaccination contre la varicelle.**
 - a. moyennes nationales
 - b. variations régionales
- Les É.-U. ont-ils élaboré des objectifs (cibles) et des buts nationaux pour ce qui est de la couverture vaccinale contre la vari-

celle et la réduction du virus varicelle zona quand le programme universel de vaccination a été instauré?

- a. Si oui, ont-ils été révisés récemment?
- b. Si non, en ont-il été établis depuis l'instauration du programme?
- Comment le fardeau de la maladie** (incidence de la maladie, hospitalisations et mortalité) concernant la varicelle et le zona s'est-il modifié depuis l'instauration du programme universel de vaccination aux É. U.?
- En quoi la modification de la couverture vaccinale a-t-elle influé sur le fardeau de la maladie** en ce qui a trait au virus de la varicelle et au zona?
- Le fardeau de la maladie** concernant le virus de la varicelle et du zona s'est-il modifié de façon particulière dans les groupes suivants depuis l'instauration du programme universel de vaccination?
 - a. dans différents groupes d'âge
 - b. dans les groupes à risque, tels les personnes immunodéprimées et les femmes en âge de procréer et les autres adultes faisant partie des groupes à risque (immigrants provenant de l'hémisphère Sud, professionnels de la santé)
- Quelles ont été les répercussions (bonnes ou mauvaises) des cas où la varicelle « a percé » pour ce qui est du taux de couverture vaccinale, du fardeau de la maladie** (complications graves, gravité de la maladie, etc.) et de la confiance du public à l'égard du programme de vaccination contre la varicelle?
 - a. Y a-t-il des éléments qui laissent croire que les cas où la varicelle a percé ont contribué à favoriser l'immunité contre la varicelle ou le zona ou les deux?

- Les observations faites aux É.-U. à ce jour ont elles confirmé ou infirmé les prédictions issues de la modélisation mathématique qui semblaient indiquer un lien entre la couverture vaccinale, l'incidence de la varicelle et du zona, le fardeau de la maladie** ou les répercussions de l'atténuation de l'immunité?
- Quels enseignements pouvons nous tirer de l'expérience des É.-U. en matière de programme universel de vaccination contre la varicelle?

Rentabilité

- Quelles études ont été faites sur la rentabilité de la vaccination contre la varicelle? Résumer les principales constatations.

Objectifs, buts et cibles révisés

Réduction de la maladie

1. Cibles quant à l'incidence de la maladie (établissement des buts de réduction de la maladie recommandés à l'occasion de la CNCV de 1999)

- Atteindre une réduction de X % pour ce qui est de l'incidence de la varicelle chez les enfants âgés de 12 mois à 13 ans d'ici l'année XXXX.
- Atteindre une réduction de X % pour ce qui est de l'incidence du zona chez les adultes d'ici l'année XXX.
- (Réduire ou éliminer - au moyen de 1 ou de 2 doses, respectivement) le nombre d'éclosions de varicelle dans les écoles au Canada (autre possibilité : donner une cible)

2. Cibles quant aux hospitalisations

- Réduire le taux d'admissions à l'hôpital et aux soins intensifs chez les enfants âgés de 12 mois à 13 ans de XX % d'ici l'année XXXX.

3. Cibles quant à la mortalité

- Réduire le nombre de décès attribuables à la varicelle à 0 dans la population cible des enfants âgés de 12 mois à 13 ans d'ici l'année XXXX.

Couverture vaccinale

- Au moins XX % des enfants devraient avoir acquis une immunisation adaptée à l'âge par le vaccin contre la varicelle avant l'âge de 2⁽³⁾ ans d'ici l'année XXXX.
- Au moins XX % des adolescents devraient avoir acquis une immunisation par le vaccin contre la varicelle avant l'âge de 13 ans d'ici l'année XXXX (ou avant la fin du secondaire).
- D'ici 2010, les cibles de couverture vaccinale pour la varicelle devraient être liées aux cibles de couverture vaccinale de la rougeole et devrait être atteinte chez les enfants avant leur 2^e et leur 7^e anniversaires. Il faut tenir compte des cibles actuelles pour ce qui est de la rougeole dans la mise en œuvre et l'évaluation du programme.

Autres

- Cent pour cent des professionnels de la santé à risque devraient avoir acquis une immunisation par le vaccin contre la varicelle d'ici l'année XXXX.

**Fardeau de la maladie = incidence de la maladie, hospitalisations et mortalité

- Les préadolescents au moment où d'autres programmes de vaccination étaient en place (sont l'objet du deuxième point ci-dessus?)
- Faire un rattrapage pour les enfants âgés de 12 mois à 13 ans, pour les adultes à risque?
- Femmes à risque prévoyant une grossesse

Questions pour les prochaines étapes - Mise en œuvre

1. Les provinces et les territoires ont-ils mis en œuvre les recommandations provenant de la CNCV d'août 1999?
2. Comment pouvons nous déterminer les corrélations en matière d'immunité avec davantage de précision?
3. Comment pouvons nous optimiser l'utilisation des registres de vaccination pour établir un lien entre le degré de vaccination et la maladie?
4. Souhaiteriez vous envisager de lancer des campagnes de sensibilisation pour le grand public? Qu'espéreriez vous ainsi obtenir?
5. **Autres**
6. Quel type de renseignements est nécessaire (surveillance, recherches ciblées) et comment procéder pour recueillir les renseignements permettant d'éclairer le processus décisionnel?
 - a. besoin et moment opportun du rappel du vaccin contre la varicelle
 - b. épidémiologie changeante, p. ex., changement caractéristique de l'âge ou augmentation de l'incidence du virus varicelle zona
 - c. incidence, répercussions et tout autre facteur lié à la maladie qui a percé
7. Est-il nécessaire d'obtenir de plus amples renseignements sur le rapport coûts avantages, particulièrement pour ce qui est de la possible prise de décisions futures relativement aux programmes à 2 doses ou aux programmes de rappel?
8. Quels sont les enjeux en matière de diagnostic par les laboratoires, p. ex., quand procéder au dépistage et qui cibler (avant/après la vaccination/après l'apparition de l'éruption) et quelles sont les recommandations en matière de dépistage de la varicelle de type sauvage par opposition aux souches vaccinales?

Recommandations finales du groupe de travail sur les cibles et les objectifs nationaux

Buts et objectifs pour la conférence nationale de concertation sur les maladies évitables par la vaccination 2005 (BOCNC MEV)

Guide de discussion sur les infections invasives à pneumocoque

Cibles et objectifs initiaux*

Réduction de la maladie

- Atteindre une réduction de 40 % de l'incidence des infections invasives à pneumocoque dans les groupes admissibles à recevoir le vaccin d'ici 2005.
- Atteindre une réduction de 40 % du taux de décès attribuables aux infections invasives à pneumocoque dans les groupes admissibles à recevoir le vaccin d'ici 2005.

Couverture vaccinale

- Atteindre et maintenir une couverture vaccinale de 95 % chez les résidents d'établissements de soins de longue durée d'ici 2003.
- Atteindre et maintenir une couverture vaccinale de 80 % dans tous les autres groupes où le vaccin est recommandé d'ici 2003.

Questions à débattre pour prendre des décisions fondées sur les résultats

1. Résumer les recommandations du CCNI relatives aux programmes de vaccination anti-pneumococcique au Canada.

2. Résumer les programmes de vaccination anti-pneumococcique en place au Canada et à l'échelle internationale.
3. Dans quelle mesure le fardeau de la maladie (c.-à-d. incidence de la maladie, hospitalisations et mortalité) concernant les IIP s'est-il modifié depuis l'instauration des programmes universels de vaccination PT?
 - a. Le fardeau de la maladie en ce qui a trait aux IIP a-t-il connu des modifications propres aux différents âges depuis l'instauration des programmes de vaccination PT?
 - b. Les programmes faisant la promotion du vaccin heptavalent et les programmes faisant la promotion du vaccin 23 valent ont-ils eu d'autres répercussions sur les IIP dans certaines populations cibles?
4. Quelles sont les répercussions du vaccin sur l'immunité collective?
5. Existe-t-il des manifestations d'affaiblissement de l'immunité?
6. Est-il arrivé que des sérotypes de remplacement causent des infections invasives à la suite des programmes de vaccination?
7. Quelles sont les répercussions des programmes de vaccination sur l'antibiorésistance?

* Conférence canadienne de concertation sur la prévention des pneumococcies, du 16 au 18 février 1998. *Can J Infect Dis* 1999; 10(suppl A).

8. Quels enseignements pouvons nous tirer de l'expérience des É.-U. relativement aux programmes universels de vaccination antipneumococcique?
9. Des réactions indésirables inattendues se sont elles manifestées en rapport avec le vaccin antipneumococcique conjugué?
10. Discuter de la rentabilité.

Cibles et objectifs révisés

Réduction de la maladie

1. Cibles quant à l'incidence de la maladie
 - Atteindre une réduction de X % de l'incidence des infections invasives à pneumocoque chez les enfants de < 2 ans (autre solution : 5 ans) admissibles à recevoir le vaccin d'ici l'année XXXX.
 - Atteindre une réduction de X % de l'incidence des infections invasives à pneumocoque chez les adultes de ≥ 65 ans admissibles à recevoir le vaccin d'ici l'année XXXX.
 - Atteindre une réduction de X % de l'incidence des infections invasives à pneumocoque dans les groupes à risque élevé admissibles à recevoir le vaccin d'ici l'année XXXX.
2. Cibles quant aux hospitalisations
 - Abaisser le taux d'admissions à l'hôpital et aux soins intensifs chez les enfants de < 2 ans de XX % d'ici l'année XXXX.
 - Abaisser le taux d'admissions à l'hôpital et aux soins intensifs chez les enfants à risque élevé de XX % d'ici l'année XXXX.
 - Abaisser le taux d'admissions à l'hôpital et aux soins intensifs chez les adultes

âgés de ≥ 65 ans de XX % d'ici l'année XXXX.

3. Cibles quant à la mortalité

- Diminuer le nombre de décès attribuables aux infections invasives à pneumocoque à XX chez les enfants âgés de 2 mois à 2 ans d'ici l'année XXXX.
- Diminuer le nombre de décès attribuables aux infections invasives à pneumocoque à XX chez les adultes âgés de ≥ 65 ans d'ici l'année XXXX.

Couverture vaccinale

- Au moins XX % des enfants devraient avoir acquis une immunisation adaptée à l'âge par le vaccin antipneumococcique conjugué avant l'âge de 2 ans d'ici l'année XXXX.
- Au moins XX % des adultes de > 65 ans devraient avoir reçu une dose unique de vaccin antipneumococcique polysaccharidique d'ici l'année XXXX (autre formulation possible : « avant l'âge de X ans » aux fins de mesure).
- Atteindre et maintenir une couverture vaccinale de XX % chez les résidents d'établissements de soins de longue durée d'ici l'année XXXX.
- Au moins XX % des personnes à risque élevé devraient avoir acquis une immunisation adaptée à l'âge par un vaccin antipneumococcique d'ici l'année XXXX (autre formulation possible : proposer des cibles de couverture séparée pour le vaccin conjugué et le vaccin polysaccharidique pour les personnes à risque élevé).

Questions pour les prochaines étapes

1. Les provinces et les territoires ont-ils mis en œuvre les recommandations provenant de la Conférence canadienne de concertation sur la prévention des pneumococcies de 1998?
2. Avec quelle précision mesurons nous l'incidence de la maladie selon les groupes d'âge, le nombre d'hospitalisations et la mortalité au moyen des données de surveillance, des données sur les congés accordés par les hôpitaux et du registre des décès de Statistique Canada?
3. Les provinces et les territoires ont-ils mis en place une surveillance élargie pour ce qui est des infections invasives à pneumocoque?
4. Quelles provinces et quels territoires recueillent systématiquement les données sur les sérotypes des isolats des infections invasives à pneumocoque?
5. Les données sur les sérotypes actuellement recueillies permettent elles de déterminer des cibles et de mesurer les progrès réalisés en vue de réduire l'évolution de la maladie chez les personnes admissibles à recevoir le vaccin?
6. Comment peut-on mesurer l'évolution de la maladie et la couverture vaccinale dans les groupes à risque élevé?
7. Comment pouvons nous optimiser l'utilisation des registres de vaccination pour établir un lien entre le degré de vaccination et la maladie?
8. Quels sont les obstacles à l'amélioration de la mise en œuvre de programmes de vaccination destinés aux adultes et comment pouvons nous les surmonter? Comment pouvons nous régler la question des occasions manquées d'administrer un vaccin antipneumococcique aux adultes plus âgés (p. ex., pendant les campagnes annuelles de vaccination antigrippale)?
9. Souhaiteriez vous envisager des campagnes de formation destinées aux professionnels et des campagnes de sensibilisation destinées au grand public? Que souhaiteriez vous atteindre ainsi?

Recommandations finales du groupe de travail sur les cibles et les objectifs nationaux

Buts et objectifs pour la conférence nationale de concertation sur les maladies évitables par la vaccination 2005 (BOCNC MEV)

Guide de discussion du groupe de travail - infections invasives à méningococoque (IIM)

Cibles et objectifs initiaux*

Aucun objectif ni but initiaux n'ont été établis depuis l'instauration des programmes de vaccination pour le sérogroupe C.

Questions à débattre pour prendre des décisions fondées sur les résultats

1. Résumer les recommandations du CCNI pour ce qui est des IIM du sérogroupe C.
2. Résumer les programmes de vaccination pour les IIM du sérogroupe C en place dans tout le Canada. Résumer les programmes internationaux existants.
3. Dans quelle mesure le fardeau de la maladie* concernant les IIM du sérogroupe C s'est-il modifié depuis l'instauration du programme universel de vaccination PT?
4. Le fardeau de la maladie* concernant les IIM du sérogroupe C a-t-il enregistré des modifications particulières dans les groupes d'âge depuis l'instauration du programme de vaccination PT?
 - a. Le fardeau de la maladie s'est-il modifié différemment dans les provinces et les territoires offrant une vaccination aux bébés, comparativement aux provinces et aux territoires proposant une vaccination aux enfants âgés de 1 an.
5. Quelles sont les répercussions de l'étude sur l'efficacité du vaccin au R.-U. et des schémas thérapeutiques?
6. Quelles sont les répercussions du vaccin sur l'immunité collective?
7. Des sérogroupe de remplacement sont-ils apparus à la suite des programmes de vaccination?
8. Existe-t-il des signes d'affaiblissement de l'immunité? Envisager la nécessité de mettre en place des programmes de revaccination.
9. A-t-on observé des réactions indésirables inattendues associées au vaccin contre le méningocoque de type C conjugué?
10. Preuves du vaccin contre le méningocoque de type C pour maîtriser les éclosions.
11. Discuter de la rentabilité.

Cibles et objectifs

Réduction de la maladie

1. Cibles quant à l'incidence de la maladie
 - Atteindre une réduction de X % de l'incidence de *N. meningitidis* du sérogroupe C chez les enfants de < 5 ans d'ici l'année XXXX.
 - Atteindre une réduction de X % de l'incidence de *N. meningitidis* du sérogroupe C chez les adolescents âgés de 15 à 19 ans d'ici l'année XXXX.

* Fardeau de la maladie = incidence de la maladie, hospitalisations et mortalité

- Réduire l'incidence signalée de *N. meningitidis* du sérogroupe C chez les adolescents au moins au niveau observé chez les enfants d'âge préscolaire d'ici l'année XXXX.
- Atteindre une réduction de X % de l'incidence de *N. meningitidis* du sérogroupe C au Canada d'ici XXXX.
- Éliminer les éclosions d'infections à méningocoque du sérogroupe C au Canada d'ici XXXX.

2. Cibles quant à la mortalité

- Abaisser le nombre de décès attribuables aux infections invasives à méningocoque à X chez les enfants de < 5 ans d'ici l'année XXXX (ou préciser les infections à méningocoque du sérogroupe C).
- Diminuer le nombre de décès attribuables aux infections invasives à méningocoque à X chez les adolescents âgés de 15 à 19 ans d'ici l'année XXXX (ou préciser les infections à méningocoque du sérogroupe C).
- Cible générale?

Couverture vaccinale

- Au moins XX % des enfants devraient avoir acquis une immunisation adaptée à l'âge par le vaccin antiméningococcique conjugué avant l'âge de 2 ans d'ici XXXX.
- Au moins XX % des adolescents devraient avoir acquis une immunisation adaptée à l'âge par le vaccin antiméningococcique conjugué avant l'âge de 17 ans d'ici XXXX.

Questions pour les prochaines étapes

1. Avec quelle précision mesurons nous l'incidence de la maladie selon les groupes d'âge, le nombre d'hospitalisations et la mortalité au moyen des données de surveillance, des données sur les congés accordés par les hôpitaux et du registre des décès de Statistique Canada?
2. Quelles provinces et quels territoires signalent de façon systématique les données de laboratoire complètes sur les isolats des infections invasives à méningocoque?
3. Les données sur les sérotypes actuellement recueillies permettent-elles de déterminer des cibles et de mesurer les progrès réalisés en vue de réduire l'évolution de la maladie chez les personnes admissibles à recevoir le vaccin?
4. Les séquelles des infections invasives à méningocoque sont-elles actuellement mesurées?
5. Le CCNI doit évaluer la nécessité de la revaccination ou de l'administration des rappels.
6. Comment pouvons nous optimiser l'utilisation des registres de vaccination pour établir un lien entre le degré de vaccination et la maladie?
7. Souhaiteriez vous envisager des campagnes de formation destinées aux professionnels et des campagnes de sensibilisation destinées au grand public? Que souhaiteriez vous atteindre ainsi?
8. Une fois que le vaccin conjugué quadrivalent sera autorisé au Canada, quelles seront ses répercussions?

Recommandations finales du groupe de travail sur les cibles et les objectifs nationaux